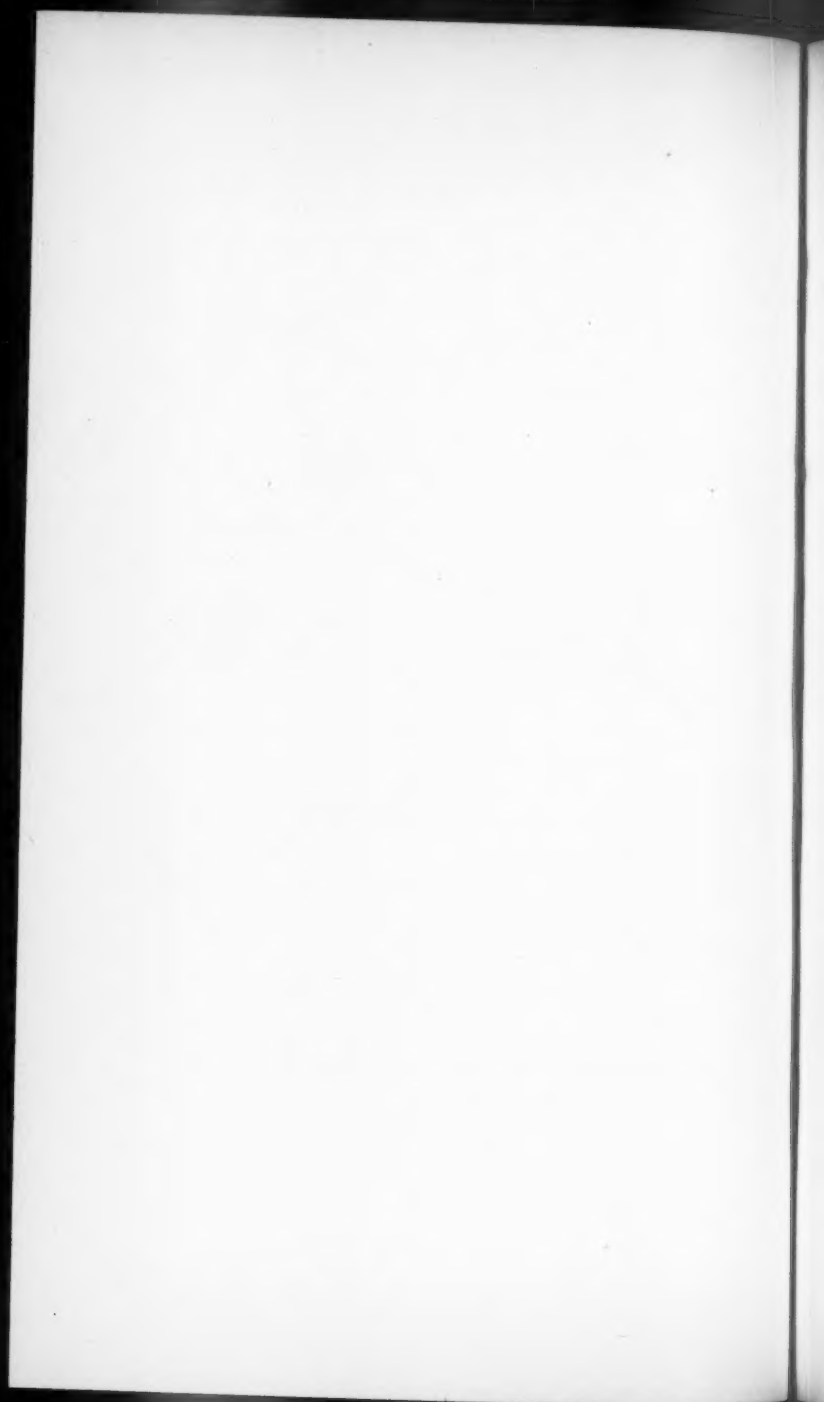


ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX



ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux de Paris
Chef du service
d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Saint-Antoine

M. LANNOIS

Membre correspondant
de l'Académie de Médecine
Professeur adjoint d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux de Lyon

P. SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

E. LOMBARD

Oto-rhino-laryngologiste
des Hôpitaux de Paris
Chef du service
d'oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital Laënnec

Secrétaire de la rédaction :

S. LAUTMANN, des Facultés de Paris et de Vienne.

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20 francs**; Union Postale, **25 francs**.
— Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément **15 francs**, moins les années 1886, 1891, 1892, qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de **465 francs**.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **360 francs**.

Prix du numéro : 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la rédaction doivent être adressées à **M. le Dr E. LOMBARD**, 49, rue de Rome, VIII^e, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à **MM. MASSON et C^{ie}**, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

TOME XXXIX — 1913

DEUXIÈME PARTIE

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI^e.

—
1913

MÉMOIRES ORIGINAUX

PSYCHOPATHIES PHARYNGO-LARYNGÉES

Par F.-J. COLLET

Professeur de la Faculté de Médecine de Lyon.

Nous voyons fréquemment des malades avec un état mental défectueux présenter du côté des voies aériennes supérieures des troubles divers sensitifs ou moteurs. Je laisse les premiers de côté en raison de leur banalité : ces cas de parésie pharyngée, réalisés quelquefois avec la complicité d'une amygdale linguale hypertrophiée ou d'une pharyngite sèche, méritent à peine le nom de psychopathie ; je bornerai cette courte description à l'étude des réactions motrices, en appelant seulement l'attention sur quelques formes anormales susceptibles d'égarer le diagnostic.

1. Une des plus fréquentes est l'*aphonie nerveuse*. Je ne m'attarderai pas à l'étudier, tant elle est connue de tous : une aphonie absolue survient, le plus souvent brusquement ; au laryngoscope, parésie des cordes vocales, n'arrivant pas au contact sur la ligne médiane ; d'autres fois leur rapprochement paraît se faire et leur tension s'exécute à peu près correctement, mais alors ce sont les muscles expirateurs qui n'entrent pas en jeu : il n'y a pas *synergie* entre les mouvements de l'anche vibrante et ceux du porte-vent. Des essais de phonation sous le laryngoscope, quelques minutes de faradisation ou de gymnastique respiratoire suffisent le plus souvent pour obtenir la guérison.

Mais l'aphonie nerveuse a ses formes anormales : dans un cas j'en ai vu coexister avec le *mutisme* chez un garçon de 11 ans, choréique. Cet enfant, né avant terme, après un ac-

couchement difficile, avait de l'instabilité musculaire ; depuis huit jours il était atteint de mutisme et d'aphonie absolue. Non seulement la voix était complètement éteinte, mais encore il ne pouvait articuler les mots à voix basse ; en plusieurs jours il n'avait pu prononcer que quelques syllabes hachées avec un effort extrême. La faradisation et la gymnastique respiratoire amenèrent rapidement la disparition de l'aphonie ; celle de la dysarthrie fut plus lente et moins complète.

Dans un autre cas l'aphonie s'était compliquée de *troubles de la déglutition* et d'anorexie ou alternait avec elle. Il s'agissait d'une femme, âgée de 50 ans, qui avait eu à 42 ans, pendant huit mois, à la suite de violents chagrins et d'excès de travail, une impossibilité absolue d'avalier autre chose que des liquides ; elle avait eu à la même époque de l'aphonie, quelques crises avec perte de connaissance, une hémiplegie gauche subite avec hémianesthésie. Cinq ans plus tard (il y a trois ans), nouvelle aphonie durant quatre mois. Enfin il y a cinq mois, bronchite, faiblesse extrême ; depuis quatre mois aphonie et anorexie ; douleurs lancinantes entre les deux épaules ; par moments la voix redevient normale. L'examen du larynx fait constater une parésie des tenseurs avec absence de toute lésion organique, à l'auscultation les poumons sont normaux. En raison de la coïncidence d'aphonie et de troubles de la déglutition cette malade avait été considérée comme atteinte de phtisie laryngée. J'ai eu récemment des nouvelles de cette malade : son état ne s'est pas aggravé, mais la faradisation que j'avais conseillée a été suivie à deux reprises d'accès de dyspnée nocturne, par spasme glottique, semble-t-il.

II. Une autre forme de psychopathie est la toux nerveuse : dans un cas exceptionnel, chez un garçon de 17 ans, elle revêtait un caractère d'intensité extrême, s'accompagnant de cyanose et d'accès de dyspnée ; cette violente symptomatologie contrastait avec l'intégrité du larynx et des poumons, avec une rougeur modérée du pharynx, et *tout rentrait dans l'ordre pendant les sommeils*. La gymnastique respiratoire, l'hydrothérapie eurent raison de cette manifestation, mais ultérieurement le petit malade a présenté de la mélancolie, du délire à

forme dépressive, avec inaptitude au travail et refus d'alimentation.

III. J'ai rencontré la *paralysie du voile du palais*, sans aucune lésion organique appréciable du système nerveux, chez une vieille femme, très névropathe, à la suite de chagrins. Elle avait les caractères qu'on assigne à ces paralysies, par exemple à la paralysie hystérique, à savoir la spécialisation en vue d'une fonction donnée : il n'y avait pas de reflux nasal des liquides ; tout se bornait à un nasonnement prononcé qui rendait la plupart des consonnes inintelligibles. L'examen objectif montrait une paralysie du voile du palais, qui pendait inerte ; cette paralysie disparut immédiatement sous l'influence du massage vibratoire. Sept mois après la malade revenait avec un délire différent : elle affirmait ne pouvoir respirer par le nez et se plaignait de crises d'oppression.

IV. Les *manifestations dyspnéiques* sont beaucoup plus rares, et le cas que je vais maintenant résumer et qui empruntait la plupart des caractères de la *dyspnée laryngée* est assurément exceptionnel. — En avril 1900 je fus appelé par le Dr X.... auprès d'un confrère, âgé de 50 ans, hypochondriaque, ayant eu des manifestations vésaniques diverses très caractérisées. Un fils du malade était épileptique. Depuis un mois il se plaignait d'accès de dyspnée. Cette dyspnée disparaissait par le décubitus latéral gauche ; *elle ne se produisait jamais pendant le sommeil* ; l'émotion provoquait quelquefois l'accès.

Lorsque je vis le malade, il était en plein accès dyspnéique. Je me trouvai en face d'un homme amaigri, à la parole précipitée, mangeant les mots, comme haletant. Sa respiration était bruyante, réalisant une sorte de cornage dû à un bruit caverneux *expiratoire* et inspiratoire. Il y avait aussi un tirage marqué, que le malade produisait en s'arc-boutant et en faisant saillir ses muscles sternomastoïdiens. Il voulait être trachéotomisé, depuis plusieurs jours il réclamait cette opération et son médecin m'avait appelé pour juger de son opportunité.

L'examen laryngoscopique, d'ailleurs facile, me montra un larynx normal : aucune lésion organique ; les cordes vocales s'écartaient parfaitement. D'autre part le bruit respiratoire

intense persistait pendant que je constatais l'écartement des cordes ; il ne s'agissait donc pas d'une dyspnée par spasme laryngé. La trachéoscopie était possible jusqu'à la bifurcation et montrait ce conduit absolument normal. Je me rendis compte alors que le bruit respiratoire était produit grâce au voile du palais que le malade maintenait relevé dans une position intermédiaire et qu'il continuait à se produire la langue tirée. Certain désormais qu'il s'agissait d'une dyspnée simulée, d'origine psychique, je rassurai le malade ainsi que son entourage, je lui fis part du résultat normal de l'examen laryngoscopique. Il avait d'abord refusé l'examen laryngoscopique ; quand celui-ci parut prouver l'inanité de ses craintes, il ne se tint pas pour convaincu, ajoutant : « Et mes replis ? » ou bien : « Voilà que je ne puis plus respirer maintenant ». Il pensait à de la granulie, à un anévrysme aortique, etc. En réalité un examen attentif du thorax ne montrait qu'à peine un peu de matité et d'obscurité au sommet gauche, avec léger retentissement des bruits de la base, et la trachéoscopie montrait qu'aucun anévrysme pas plus que toute autre cause de compression trachéale n'était en cause. Une demi-heure après, réunis à l'étage inférieur, nous nous apprêtions à quitter la maison, lorsqu'on nous pria précipitamment de remonter pour une crise de dyspnée violente. Le malade paraissait en proie à une dyspnée croissante : il demandait du chloroforme. A ce moment son aspect était impressionnant et j'avoue qu'il m'eût inspiré des doutes sur mon diagnostic, si les renseignements fournis par l'examen laryngoscopique n'avaient été d'une limpidité parfaite. Il s'était levé et, debout, s'appuyait, courbé en deux, sur le bord de son lit, ses muscles abdominaux tendus, le diaphragme contracturé ; il paraissait avoir une dyspnée expiratoire avec inspiration très brève et cornage *expiratoire* à timbre caverneux, contrairement à ce qui aurait eu lieu dans une dyspnée laryngée vraie. Je pratiquai un nouvel examen et pus encore m'assurer que le bruit anormal avait son siège dans le pharynx : un traitement fut institué pour le nez et le pharynx nasal, mais le malade ne voulut pas se laisser convaincre et répétait à sa femme, que nous rassurions sur l'issue de cet

accès de dyspnée, que sa mort était imminente. Peu de semaines après, son délire s'est orienté dans une autre direction, mais toujours avec un caractère hypocondriaque et dépressif : le patient a refusé de s'alimenter et est mort ultérieurement d'inanition.

Voilà donc un cas où la dyspnée revêtait, grâce à la profession du malade et à ses connaissances spéciales, un caractère bien particulier : il savait que la dyspnée laryngée est caractérisée par le tirage et le cornage ; aussi simulait-il l'un et l'autre ; il savait également que cette dyspnée peut coexister avec la conservation de la voix et donnait à entendre qu'elle reconnaissait pour cause un œdème des replis aryépiglottiques. Devant cette mise en scène, on aurait pu être très embarrassé : cependant le cornage expiratoire, l'absence de toute cyanose ou de turgescence des veines éveillaient déjà le doute ; l'examen laryngoscopique montrait un larynx béant pendant que le cornage persistait et l'attention était attirée par le voile du palais ; on aurait pu encore songer à une compression ou à une sténose trachéale ; heureusement l'inspection facile du conduit jusqu'à la bifurcation permettait d'éliminer cette hypothèse : dans des circonstances moins favorables ou en négligeant ce mode d'investigation, on aurait pu être induit en erreur et se laisser aller à pratiquer la trachéotomie que le malade réclamait avec insistance.

ÉPREUVE DU DIAPASON-FANTOME
APPLIQUÉE AU DIAGNOSTIC
DE LA SIMULATION DE LA SURDITÉ UNILATÉRALE

Par **E. ESCAT** (Toulouse).

Le principe de l'épreuve dont nous allons décrire la technique est le suivant :

Distraire l'expertisé par le simulacre d'une épreuve binauriculaire exécutée à l'aide d'un diapason qu'il croit vibrant, et qui en réalité est silencieux (diapason-fantôme), pendant qu'à son insu l'oreille dite sourde est invisiblement soumise à l'épreuve réelle d'un diapason vibrant.

Une preuve analogue peut être exécutée à l'aide de deux montres, l'une en marche et l'autre en arrêt, cette dernière jouant le rôle de *montre-fantôme*.

Nous décrirons seulement l'épreuve au diapason, la technique des deux épreuves étant identique et ne différant que par le corps sonore utilisé.

INSTRUMENTATION

L'instrumentation nécessaire est extrêmement simple; il faut simplement :

1° Un tube de caoutchouc de 40 centimètres de longueur environ, pourvu à l'une de ses extrémités d'un embout auriculaire, et à l'autre d'un spéculum auris classique faisant fonction de pavillon.

2° Un tube otoscope de Toynbée de 80 centimètres de longueur environ, *divisé et raccordé invisiblement* en son milieu par un bouchon formé d'un petit cylindre plein de bois ou de verre.

3° Un deuxième spéculum auris.

4° Deux diapasons ut ² (petit c des Allemands) donnant 128 vibrations doubles à la seconde munis d'étaux étouffant les harmoniques, et autant que possible de petites dimensions,

J'utilise dans ce but deux diapasons (petit *c*) de la série de Kummel vendue par Detert (de Berlin).

L'un de ces diapasons est appelé à jouer le rôle actif, l'autre le rôle de simple figurant, d'où le nom de diapason-fantôme que nous avons cru devoir lui donner.

La tonalité, soit 128 vibrations doubles, n'a pas été prise au hasard; en effet, un diapason grave était indispensable en raison de la nécessité où se trouve l'expert, dans tout examen de surdité unilatérale, d'assurer l'exclusion complète de l'oreille saine par voie aérienne.

Or l'ut², au moins le modèle que nous utilisons, remplit admirablement cette condition, puisque au maximum d'amplitude de sa vibration, à moins d'être renforcé par une résonance, le son qu'il émet ne peut être perçu au voisinage du méat d'une oreille normale, qu'à une distance maximum de 15 centimètres.

Cette condition serait bien difficilement remplie par des diapasons de tonalité supérieure et surtout par des diapasons dépourvus d'étaux.

D'autre part l'ut² offre l'avantage de faire partie de la zone du langage articulé et de rentrer dans la série des tons dont la perte compromet sérieusement la fonction auditive; son choix est donc pleinement justifié.

ASSISTANCE

Un aide préalablement initié à l'épreuve du diapason-fantôme est de rigueur; mais il n'est pas absolument indispensable que cet aide soit auriste ni même médecin.

POSITION DE L'EXPERTISÉ, DE L'AURISTE ET DE L'AIDE

- a) L'expertisé doit être assis sur un siège dépourvu de dossier;
- b) L'auriste doit se tenir debout, face à l'expertisé;
- c) L'aide doit se tenir assis, derrière l'expertisé et faisant face, comme ce dernier, à l'auriste.

Il tiendra dissimulés dans ses poches le deuxième spéculum auris et le deuxième diapason ut² que l'expertisé ne doit jamais voir au cours de l'épreuve.

De ces positions il résulte que l'expertisé, tournant le dos

à l'aide, reste ignorant au cours de l'épreuve de tous les gestes de ce dernier.

TECHNIQUE

L'épreuve du diapason-fantôme comprend à vrai dire :

1° *Des épreuves préparatoires* très simples, au nombre de trois, que nous désignerons par les termes : *épreuve N° I, épreuve N° II, épreuve N° III.*

2° *L'épreuve proprement dite.*

Épreuve préparatoire N° I. — L'auriste ayant mis en vibration l'un des deux diapasons ut^2 , le présente à un centimètre du méat de l'oreille normale par laquelle l'expertisé déclare l'entendre.

Le mettant une deuxième fois en vibration, il le présente à l'oreille dite sourde, par laquelle l'expertisé, sincère ou non, déclare ne pas l'entendre.

Épreuve préparatoire N° II. — Cette épreuve n'est autre que l'épreuve classique de Weber : le diapason ut^2 maintenu dans le plan médian est successivement posé sur le vertex, sur le front, sur les incisives supérieures et sur le menton.

Sincère ou non, l'expertisé latéralise le son dans l'oreille normale.

Épreuve préparatoire N° III. — L'auriste adapte au méat de l'oreille normale le tube de 40 centimètres qu'il laisse pendre en avant ; puis, mettant le diapason en vibration, il le porte à 1 centimètre du pavillon qui termine ce tube et demande à l'expertisé s'il entend le son du diapason ; l'expertisé répond affirmativement. La même expérience étant faite sur l'oreille dite sourde, et la même question étant posée, l'expertisé sincère ou non répond négativement.

Des trois épreuves qui précèdent, il ne peut être tiré aucune conclusion quant à la simulation, car les réponses de l'expertisé, qu'il soit sincère ou qu'il simule, sont exactement les mêmes.

Elles sont toutefois d'une très grande utilité pour établir nettement les réactions au diapason ut^2 par voie aérienne et par voie crânienne avouées par l'expertisé.

Elles fixent les données du problème que l'épreuve proprement dite du diapason-fantôme aura pour rôle de résoudre.

A ce seul titre, ces épreuves préparatoires, oiseuses en apparence, sont absolument indispensables.

Épreuve proprement dite du diapason-fantôme. — Cette épreuve comprend quatre temps :

1^{er} temps. — *a)* L'auriste, saisissant le tube otoscope spécialement décrit plus haut, réunit à l'aide de ce tube les deux oreilles de l'expertisé, fixant les embouts dans les deux méats auditifs et laissant retomber en anse sur la région pectorale la partie moyenne de l'otoscope.

b) Prenant ensuite de la main droite le diapason ut² (N° I) le seul connu de l'expertisé, *il le met en vibration aussi ostensiblement que possible, en frappant avec cet instrument soit le bord d'une table, soit un corps dur quelconque et l'élève au-dessus de vertex de l'expertisé, le pied distant du cuir chevelu de dix centimètres environ afin d'éviter de le frôler.*

c) A ce moment le diapason et la main droite de l'auriste échappent complètement à la vue de l'expertisé, aussi l'auriste en profite-t-il pour éteindre furtivement le son du diapason en le saisissant à pleine main par ses branches; dès lors le diapason, devenu rigoureusement inerte, va pouvoir jouer son rôle de diapason-fantôme.

Il est nécessaire de faire remarquer que l'expertisé n'a pu en rien se rendre compte de la manœuvre précédente exécutée par l'auriste, pas plus par l'ouïe que par la vue, car le passage de l'état de vibration à l'état d'inertie du diapason ut² n'a pu être saisissable pour lui en raison de l'inaudibilité de ce diapason dans la position qu'il occupait.

2^e temps. — *a)* Pendant qu'il maintient de la main droite le diapason silencieux à 10 centimètres au-dessus du vertex, l'auriste saisissant de la main gauche par son milieu le tube otoscopique qui, toujours fixé dans les deux méats de l'expertisé, pend sur sa poitrine, le soulève, le fait passer au-dessus du vertex et le laisse retomber sur le dos de l'expertisé.

b) Dès que l'anse du tube otoscopique a été ramenée

sur le dos de l'expertisé, l'aide placé derrière ce dernier procède furtivement le plus rapidement et le plus silencieusement possible à la séparation des deux segments du tube otoscopique.

Cette division faite, les deux segments tubaires pendent librement et séparément sur les épaules de l'expertisé, leur extrémité libre atteignant la région lombaire.

c) Le bout libre du segment correspondant à l'oreille normale est maintenant obturé par le petit cylindre de verre ou de bois qui avait servi de moyen de raccord; cette obturation est destinée à porter au maximum l'exclusion de l'oreille normale, exclusion amplement assurée d'ailleurs, comme nous l'avons dit, par l'emploi d'un diapason grave.

Le bout libre du segment correspondant à l'oreille dite sourde, est pourvu au contraire d'un spéculum auris de Politzer que l'aide a dû tenir jusque-là dissimulé dans sa poche et destiné à jouer le rôle de pavillon acoustique.

3^e temps. — C'est le temps le plus important et le plus délicat à exécuter; il exige en effet, tant de la part de l'aide que de la part de l'expert, la plus grande précision.

a) L'aide retirant de sa poche le deuxième diapason ut², qui celui-là doit jouer le rôle actif, l'approche encore inerte du pavillon du spéculum auris appendu au segment de tube relié à l'oreille dite sourde, à un centimètre et demi environ de distance. Tenant d'une main le pied de ce diapason, tenant de l'autre ses deux branches rapprochées jusqu'au contact, il se tient prêt à le mettre en vibration.

A ce moment vraiment psychologique, les yeux de l'aide ne doivent plus quitter ceux de l'auriste, qui du regard va donner le signal du déclenchement du diapason.

b) L'auriste debout devant l'expertisé assis, le dominant, afin de suivre au-dessus de ses épaules la manœuvre de l'aide, tient le diapason-fantôme à 5 centimètres environ au-dessus de la tête, prêt à l'appuyer par son pied sur le vertex.

Dès qu'il s'est assuré par la vue que l'aide est tout à fait prêt, il lui commande, par un signe mimique convenu d'avance, de lâcher les branches du diapason, et à l'instant précis où ce déclenchement est exécuté, il appuie lui-même

synchroniquement le diapason-fantôme sur le vertex de l'expertisé.

Il y a intérêt à ne point prolonger l'épreuve plus de deux à trois secondes, quitte à la répéter.

Il va sans dire que dès que le diapason-fantôme est écarté du vertex le diapason-vibrant doit être synergiquement écarté du pavillon acoustique ; il doit y avoir en effet, dans le retrait comme dans l'approche des deux diapasons, un synchronisme parfait entre les deux mouvements, sous peine de laisser découvrir l'artifice.

INTERROGATOIRE DE L'EXPERTISÉ — RÉSULTATS DE L'ÉPREUVE

Comment doit-on questionner l'expertisé ? Ce point a une réelle importance : il faut se garder de lui demander : « Entendez-vous ? » Ce serait l'aviser maladroitement de la possibilité dans cette épreuve d'une non-audition bilatérale : il faut au contraire lui poser la question suivante : « *De quel côté entendez-vous ?* » S'il hésite à répondre à cette question posée aussi subitement que possible, on renouvelle et le 3^e temps de l'épreuve, et la question.

Quelle peut être la réponse ?

L'oreille saine ayant été strictement exclue, l'oreille sourde a pu seule recevoir une impression sonore.

Par suite, si l'expertisé est réellement atteint de surdité unilatérale pour le diapason ut², il ne doit avoir rien entendu, puisque l'impression sonore n'a porté que sur l'oreille sourde.

A la question : « *De quel côté entendez-vous le son du diapason ?* » le vrai sourd unilatéral répondra donc fatalement et sans hésitation : « *Je n'ai entendu d'aucun côté* » ou bien : « *Je n'ai rien entendu* ».

Au contraire, le simulateur, ayant bien perçu le son ut² par la seule oreille dite sourde, mais complètement dérouté par la présence sur son vertex d'un diapason, inerte en réalité, mais qu'il croit vibrant et qu'il n'a aucune raison de ne pas considérer comme la source du son qui a impressionné son oreille dite sourde, ne voit pas de danger à avouer qu'il a entendu du côté normal ; assimilant malgré lui cette nouvelle

épreuve à l'épreuve de Weber subie préalablement à titre d'épreuve préparatoire (épreuve N° II, voir plus haut) et pour laquelle il a accusé la latéralisation du son dans l'oreille normale, et ne pouvant soupçonner en rien l'artifice mis en œuvre pour exclure complètement cette dernière, il avouera sans hésitation avoir entendu le son du côté de l'oreille normale.

S'il simule la surdité droite il répondra : « *J'ai entendu du côté gauche* » et inversement.

La supercherie sera ainsi démasquée.

Pour ne pas tomber dans le piège qui lui est tendu il faudrait que le simulateur ait été préalablement initié par un professeur de simulation bien au courant des choses de l'otologie, au secret de l'artifice grâce auquel se trouve dissimulée dans notre épreuve l'exclusion de l'oreille normale.

Mais cette éventualité, en raison de la subtilité de l'épreuve et de l'expérience technique qu'elle comporte, ne paraît guère à redouter; aussi pouvons-nous, abstraction faite de circonstances bien difficilement réalisables, négliger ce facteur de faillite.

Quoi qu'il en soit, une expérience de cinq années, au cours desquelles la surdité unilatérale simulée a été démasquée par cette épreuve quatre fois, sur quatre cas dont deux particulièrement délicats, assure à notre procédé la plus précieuse des sanctions.

Dans ces quatre cas le simulateur est régulièrement tombé dans le piège, avouant entendre du côté normal rigoureusement exclu.

Nous nous garderons toutefois de nier pour un simulateur particulièrement habile et avisé ou servi par le hasard, l'impossibilité absolue de répondre comme le vrai sourd unilatéral, *qu'il n'a entendu d'aucun côté*; mais, eu égard aux multiples causes qui incitent le simulateur à avouer qu'il a entendu du côté normal, nous sommes en droit de considérer l'éventualité comme bien peu probable.

CRITIQUE DE L'ÉPREUVE

Quelles objections peut-on opposer à l'épreuve du diapason-fantôme ?

Nous répondons seulement à celles qui nous ont paru les plus sérieuses.

1^{re} Objection. — *Est-il bien certain qu'un vrai sourd unilatéral ne puisse percevoir par l'oreille normale le son du diapason ut² vibrant à un centimètre de distance du pavillon du tube acoustique relié à l'oreille sourde, dans les conditions de l'épreuve ?*

Oui, cela est absolument certain. Sans nous engager dans des discussions théoriques, ni dans des démonstrations expérimentales, auxquelles il serait facile de recourir (1), il nous suffira, pour le prouver, de rapporter les résultats amplement significatifs donnés par l'épreuve du diapason-fantôme pratiquée chez vingt-sept sujets atteints de surdité de la perception unilatérale, complète ou presque complète, et coïncidant avec une audition absolument normale du côté opposé.

Ces 27 hémiaousiques examinés à titre de simples malades, et qui n'avaient aucune raison de dissimuler la vérité, se répartissent ainsi :

Surdité labyrinthique par traumatisme indirect.....	3 cas
Nécrose et élimination d'un limaçon.....	1 —
Atrophie labyrinthique ourlienne.....	5 —
Hérédo-syphilis et syphilis acquise.....	7 —
Sclérose labyrinthique secondaire à l'otite adhésive....	3 —
Artério-sclérose labyrinthique.....	3 —
Névrite de l'acoustique.....	1 —
Surdité de la perception de cause inconnue.....	4 —
	—
Total :	27

Or nul de ces sujets, tous frappés de surdité unilatérale complète, n'a pu, pendant l'épreuve du diapason-fantôme,

(1) La seule adaptation à l'oreille normale d'un segment de tube de caoutchouc, surtout d'un tube obturé, est une cause suffisante de latéralisation par amplification paracousique (expérience de Weber, de Bing, d'É. Gellé), mais à l'expresse condition qu'il y ait contact solide entre le diapason et le crâne, condition nettement réalisée dans

percevoir par l'oreille saine le son du diapason ut^2 : tous sans exception ont déclaré ne rien entendre, ni d'un côté ni de l'autre.

L'expert peut donc écarter tout scrupule relativement à la possibilité de la perception du son ut^2 par l'oreille saine dans le temps de l'épreuve du diapason-fantôme, à l'expresse condition, bien entendu, de se conformer ponctuellement à notre technique et de n'utiliser qu'un type de diapason ut^2 remplissant les conditions requises.

2° Objection. — *Le tube acoustique par l'intermédiaire duquel l'oreille dite sourde est impressionnée ne peut-il pas jouer le rôle d'amplificateur et rendre sensible au son du diapason ut^2 une oreille insensible à ce son sans son intermédiaire ?*

Cette objection est sans valeur, en effet :

1° L'expérience nous a prouvé que l'intensité du son du diapason ut^2 n'était pas sensiblement accrue ni pour une oreille normale ni pour une oreille hypoacousique par l'emploi de ce tube, et que d'autre part, ainsi que l'ont prouvé les 27 observations citées plus haut, l'emploi de ce tube était également incapable de rendre le son ut^2 perceptible pour la mauvaise oreille d'un hémiaousique avéré.

2° Si l'interposition de ce tube acoustique entre la source sonore et l'oreille en expérience devait créer une amplification du son, cette amplification aurait eu pour résultat de rendre le son ut^2 perceptible pour l'oreille dite sourde dans l'épreuve préparatoire N° III ; or dans ce cas l'épreuve du diapason-fantôme, contre-indiquée, ne pourrait être appliquée ; on voit par là l'utilité de l'épreuve préparatoire N° III.

3° Objection. — *Si l'épreuve du diapason-fantôme démontre chez un expertisé l'existence d'une surdité unilatérale réelle pour le son du diapason ut^2 , cette épreuve reste*

l'épreuve classique de Weber, mais non réalisée dans notre épreuve où le diapason-vertex n'est qu'un figurant silencieux et où le diapason-vibrant impressionnant la seule oreille supposée sourde agit par voie strictement aérienne.

impuissante à démontrer chez ce même expertisé l'extension de cette surdité aux sons de tonalité supérieure à ut².

Cette objection est très juste, mais nous avons le droit de faire remarquer qu'elle n'abaisse en rien la valeur de l'épreuve du diapason-fantôme quant au diagnostic de la simulation.

L'objection n'aurait, en effet, une portée, qu'au seul cas où le simulateur, simulant une surdité zonale, aurait, au cours des trois épreuves préparatoires, reconnu entendre de l'oreille dite sourde le diapason ut², se réservant d'accuser de la surdité pour les sons de tonalité plus élevée, surdité échappant évidemment au contrôle de l'épreuve du diapason-fantôme.

Mais semblable machination, qui compliquerait singulièrement le rôle déjà bien difficile à tenir du faux-sourd unilatéral, l'obligerait en outre à renoncer à l'aveu de surdité unilatérale, pantonale et totale et à jouer simplement la surdité zonale qui est une surdité partielle.

Or ce n'est point là le type habituel de la surdité unilatérale jouée par les simulateurs, au moins par les plus habiles, ceux précisément dont l'expert a le plus à se préoccuper.

Dans les quatre cas de simulation de surdité unilatérale où l'épreuve du diapason-fantôme nous a précisément permis de déjouer la supercherie, l'expertisé avait accusé constamment une surdité unilatérale globale et totale.

Conséquemment nos quatre expertisés accusèrent dans les trois épreuves préparatoires une surdité absolue pour le diapason ut², condition sans laquelle l'épreuve proprement dite du diapason-fantôme eût été inapplicable.

4^e Objection. — *Si un simulateur exceptionnellement avisé ou simplement résigné à tenter le hasard, répond qu'il n'a entendu d'aucun côté, tout comme le vrai sourd unilatéral, l'épreuve du diapason-fantôme n'est-elle pas en faillite ?*

Dans ce cas incontestablement, l'épreuve est en faillite ; mais, comme nous croyons l'avoir démontré, l'éventualité de telle réponse est peu à craindre chez le simulateur, en raison des multiples suggestions qui l'attirent dans un piège dont il ne peut avoir aucune idée.

5^e Objection. — *Si le synchronisme n'est point parfait entre l'appui du diapason-fantôme sur le vertex et la mise en vibration du diapason-vibrant dissimulé, un simulateur très attentif ne peut-il pas, sinon découvrir, au moins soupçonner l'artifice ?*

Certes oui ; mais la réalisation du synchronisme des deux actes est loin de constituer une véritable difficulté ; cette réalisation est des plus faciles à assurer si l'expert a soin de bien initier son aide au rôle incontestablement délicat mais assurément très facile qu'il doit remplir, en le soumettant au préalable à plusieurs répétitions de ce rôle.

Cette épreuve, comme toutes les épreuves appliquées au diagnostic de la simulation de la surdité, exige, cela va de soi, une technique impeccable.

6^e Objection. — *Le diapason-fantôme placé inerte par son pied sur le vertex ne peut-il pas se remettre à vibrer par influence au contact du crâne pendant que l'oreille supposée sourde est soumise à l'audition du diapason vibrant ?*

Peut être oui, si, après avoir éteint le son du diapason-fantôme, l'expert laissait libres les branches de ce diapason ; mais cette vibration par influence est rendue absolument impossible si, comme nous l'avons recommandé dans la technique de l'épreuve, l'expert a soin de le tenir à pleine main par ses branches.

La technique et l'étude critique de l'épreuve du diapason-fantôme ayant été l'objet de nos recherches depuis plus de cinq ans, et sa valeur nous paraissant suffisamment consacrée par les résultats très significatifs qu'elle nous a donnés, nous nous croyons en droit d'en recommander l'usage dans le diagnostic de la simulation de la surdité unilatérale.

Elle est, en effet, appelée à rendre les plus grands services tant dans les expertises médico-légales que dans les examens pratiqués en vue de l'exemption du service militaire ou de la réforme.

L'épreuve de la montre-fantôme, qui s'exécute suivant une

technique identique, est aussi recommandable, car elle a exactement la même valeur et peut-être une valeur plus grande en raison de la tonalité et de la faible intensité relative du tic-tac.

La tonalité générale du tic-tac qui appartient à la zone moyenne du clavier auditif est assurément plus appropriée que le son grave du diapason ut à juger une surdité pantonale ; malheureusement les indications de l'épreuve de la montre-fantôme sont plus restreintes que celles du diapason-fantôme, pour cette simple raison qu'un assez grand nombre de simulateurs, pour ne pas dire la plupart (2 cas sur 4 dans notre pratique) accusent généralement une surdité bilatérale complète à la montre par voie osseuse, ce qui rend l'épreuve de la montre-fantôme impraticable (1) ; voilà pourquoi nous donnons le priorité à l'épreuve du diapason-fantôme.

(1) L'épreuve de la montre-fantôme est toutefois possible lorsque l'expertisé, disant ne pas entendre la montre sur la ligne médiane du crâne, avoue pourtant l'entendre sur la région temporale du côté normal. — Dans ce cas il suffit en effet, dans le 3^e temps de l'épreuve, de poser la montre silencieuse sur la région temporale du côté normal, pendant que la montre en marche est présentée par les soins de l'aide à 1 centimètre environ du pavillon du tube pendu à l'oreille dite sourde.

HYPERTROPHIE DU THYMUS CHEZ UN ENFANT
DE DEUX ANS ET DEMI. — TRACHÉOTOMIE
THYMECTOMIE. — MEDIASTINITE SUPPUREE, GUÉRISON (1)

Par **ANTOINE JOUTY.**

Le 17 janvier 1912 une femme me présente son enfant âgé de deux ans et demi atteint d'une dyspnée bruyante. Elle me raconte l'histoire suivante : l'enfant a toujours été un peu chétif. En septembre dernier il commence à présenter de la raucité de la voix ; au début de décembre cette raucité augmente en même temps que diminue le timbre de la voix. Une toux apparaît, croupale, et sous forme de quintes comme dans la coqueluche. L'enfant avalait fréquemment « de travers » quand il prenait des liquides et se mettait à tousser. Le phénomène ne se produisait pas avec les solides.

A cette époque s'est installée la dyspnée qui a été à peu près continuelle jusqu'à ce jour. Elle a toujours eu à peu près le même caractère qu'aujourd'hui et elle va en augmentant.

L'enfant se réveille parfois la nuit en proie à de la suffocation.

L'état de santé générale du petit malade que j'ai devant moi est assez bon. La mère ne me révèle rien qui mérite d'être noté dans les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant.

Il existe une circulation collatérale assez développée à la partie supérieure du thorax.

Actuellement il y a du cornage inspiratoire et un léger tirage. Pas de cyanose. Sans être aujourd'hui tout à fait alarmante la dyspnée me paraît pourtant inquiétante et j'en recherche immédiatement la nature. La laryngoscopie au miroir étant impossible, je me décide à faire une laryngoscopie directe avec le tube spatule de Killian. Cet examen fait le lendemain me révèle une contraction des muscles constricteurs et tenseurs des cordes vocales. La situation me semblant devoir être périlleuse d'un moment à l'autre, sans aller plus loin dans mes investigations et pour parer au plus pressé, je fais séance tenante une trachéotomie sous-cricoïdienne. Dès que a canule est en place, l'enfant se met à respirer tout à fait bien.

(1) Cette observation paraîtra dans la thèse de L. Bernard (Alger, 1913), assistant de mon service.

Spasme glottique, pensais-je, ayant pour cause très probablement une *adénopathie trachéobronchique* et chaque jour dans la suite je fis un simple pansement de la plaie trachéale après nettoyage de la canule et je crus que tout irait pour le mieux, lorsque, quelques jours après l'intervention, apparut de nouveau une dyspnée, mais celle-ci n'ayant plus du tout le même caractère que la première : dyspnée inspiratoire et expiratoire cette fois, d'abord faible, puis faisant de tels progrès qu'une douzaine de jours après la trachéotomie la situation était de nouveau inquiétante. La plaie cervicale en outre n'avait aucune tendance à se réparer et l'enfant dont la toux était fréquente rejetait par sa canule et aussi directement par l'ouverture trachéale dans sa plaie aux bords lâches des mucosités assez abondantes.

Je cherche alors à explorer par la trachéoscopie basse le canal trachéobronchique ; mais la manœuvre est impossible : dès que j'essaie d'enfoncer mon tube, même après léger badigeonnage à la cocaïne, l'enfant est pris d'une telle suffocation que je suis obligé d'arrêter cette manœuvre.

Je pensais alors que l'obstacle à la respiration ne pouvait être autre chose qu'une hypertrophie du thymus et je me souvenais avoir vu, en effet, au cours de la trachéotomie, pendant une secousse expiratoire, une petite masse de tissu d'apparence ganglionnaire. Ce que j'avais pris pour un ganglion engorgé et qui n'avait pas attiré davantage mon attention pouvait bien être le lobe supérieur d'un thymus hypertrophié. J'enfonçai alors mon index dans la fossette sus-sternale et je sentis en cet endroit, dans la profondeur, une résistance.

La situation devenant de plus en plus pressante je ne différai pas plus longtemps de mettre à exécution l'idée qui m'était venue dès cette constatation et sous anesthésie locale faible, faite plan par plan, j'abordais le thymus. J'avoue avoir eu une certaine inquiétude en pénétrant avec le bistouri après avoir dénudé la partie supérieure du manubrium dans la région rétrosternale et riche en vaisseaux.

Prudemment et en me faisant du jour le plus possible, le cou de l'enfant étant dans l'extension forcée, la tête presque pendante pour attirer et faire saillir au mieux, au dehors de la cage thoracique, le lobe supérieur du thymus, je dénudai l'organe et le saisis à plein tissu avec la pince à griffes dont on se sert pour l'amygdalectomie.

Au cours de ces manœuvres la dyspnée s'était encore accrue, et la cyanose commençait à être très marquée ; il fallait aller vite.

Dès que le thymus fut solidement fixé et attiré vers le cou, une heureuse détente se produisit déjà, dans la dyspnée. Il me fût facile, en m'aidant du doigt et de quelques instruments à bords mousses, de détruire les attaches de la glande et de l'extirper complètement après l'avoir fragmentée.

Lorsque la thymectomie fut terminée, l'enfant se mit à respirer tout à fait bien. Je suturai alors la plaie cervico-thoracique, et, pour plus de sécurité, je laissai en place la canule trachéale.

J'avais tout lieu de croire que les suites de mon intervention seraient simples; malheureusement il n'en fut pas ainsi. Les jours suivants l'enfant qui, quoique respirant bien, continuait à tousser et à expulser par sa canule et par la brèche trachéale des mucosités abondantes, et d'aspect très louche, bronchiteuses, infecta sa plaie cervico-thoracique, il fallut au plus tôt faire sauter tous les points de suture. A chaque secousse expiratoire une grosse quantité d'un pus très louche sortait en jaillissant du creux rétrosternal. Une médiastinite suppurée s'établissait menaçant d'emporter l'enfant par une septico-pyohémie dont les symptômes allaient grandissants. La partie semblait complètement perdue. Il ne restait qu'un moyen pour empêcher la stagnation du pus dans le médiastin, c'était de placer l'enfant continuellement dans une position inclinée, la tête en bas, telle que le pus contenu dans le médiastin pût librement s'évacuer au dehors au fur et à mesure de sa formation. C'est ce que je fis. Pour en tarir la source, dans cette position pénible où j'avais contraint mon petit malade à rester sous la surveillance étroite jour et nuit d'une garde, je fis chaque jour cinq à six pansements consistant en irrigations rétrosternales au moyen d'une longue canule en verre avec une solution de permanganate de potasse ou de l'eau oxygénée dédoublée. Peu à peu la suppuration médiastinale diminua. Je continuais à faire des pansements quotidiens aussi fréquents mais j'irriguais de moins en moins et je faisais des attouchements avec de l'eau oxygénée et de la teinture d'iode, des solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc.

Au bout d'une dizaine de jours de ce traitement l'état local s'améliora nettement et peu à peu la médiastinite suppurée disparut de la scène. La cavité opératoire se combla fort bien. En aucun moment l'enfant n'avait présenté de signe de broncho-pneumonie. Pendant tout ce temps sa résistance générale avait été soutenue par une alimentation substantielle, quelques boissons légèrement alcoolisées et, comme j'ai l'habitude depuis plusieurs années de le faire dans les cas d'infections semblables, par des frictions quo-

tidienues avec une solution alcoolique et glycéinée d'iode et de camphre.

Pendant deux mois l'enfant resta canulard, puis je pus enlever la canule, la plaie trachéale se ferma et tout rentra dans l'ordre.

Le cas est particulièrement intéressant parce qu'il montre d'une façon très nette le mécanisme des accidents dyspnéiques dans l'évolution de l'hypertrophie du thymus.

Jusqu'ici les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer des cas de cette affection ont semblé rattacher la dyspnée directement au volume de la glande qui en se développant comprime la trachée. Dans mon cas, et c'est ainsi que doivent se passer les choses habituellement, c'est indirectement d'abord qu'agit le thymus par l'irritation d'un récurrent ou des deux.

La dyspnée est provoquée en effet dans une première phase, la plus longue, par la contraction des muscles constricteurs de la glotte et tenseurs des cordes vocales. Le cornage inspiratoire n'est-il pas du reste la manifestation de cet état et la laryngoscopie peut le vérifier. Pareil mécanisme se produit aussi dans l'ectasie aortique et j'ai présent à la mémoire le souvenir de plusieurs de mes malades chez lesquels je l'ai noté. J'ai opéré l'an passé à peu près à la même époque un homme atteint de tumeur maligne de la thyroïde qui présentait les mêmes symptômes. C'est donc bien l'excitation du nerf récurrent uni ou bilatérale sous l'influence de la tuméfaction du thymus qui produit la dyspnée laryngée par rétrécissement de l'aire glottique.

Notez que la dyspnée est le plus souvent intermittente ou paroxystique et que cette allure peut fort bien s'expliquer par la vascularisation, l'accroissement de volume de la glande plus ou moins forts suivant la position du corps. On sait en effet que dans la position horizontale les phénomènes s'accroissent et mon cas n'a pas échappé à cette règle, puisque c'est pendant la nuit que les seules crises de suffocation apparaissaient.

Chez mon petit malade, dès que la trachéotomie fut faite, toute dyspnée disparut, ce qui confirme cette idée qu'elle était bien tout d'abord d'origine récurrentielle. Mais la dyspnée reparut plusieurs jours après la trachéotomie et on peut

expliquer cette nouvelle dyspnée ainsi : sous l'influence de la bronchite que présentait l'enfant, peut-être aussi en partie à cause du traumatisme subit lors de l'intervention et déclanchant des troubles vaso-moteurs, le volumè du thymus s'accrût encore et dès lors la glande n'agit plus sur la voie respiratoire seulement d'une façon indirecte par l'excitation du récurrent comme précédemment, mais bien directement par son propre volume en comprimant maintenant la trachée.

Je tiens à bien préciser la différence de ces deux mécanismes de production de la dyspnée dans l'hypertrophie du thymus, parce que je crois qu'on a trop insisté jusqu'ici sur la seule compression de la trachée par le thymus, oubliant que c'est pendant une longue période, par du spasme ou contraction tonique de la glotte, que se révèle l'affection.

Le cas de mon petit malade est intéressant encore parce qu'il avertit de la possibilité de cette complication redoutable qu'est la médiastinite suppurée après l'ablation du thymus et qu'il montre la façon dont on peut l'éviter. Nul doute que l'infection du tissu cellulaire médiastinal ne se serait produite chez mon malade si j'avais, établissant d'emblée le diagnostic de la cause de la dyspnée, fait tout de suite la thymectomie sans ouvrir préalablement, comme je l'ai fait, la trachée.

La trachée étant ouverte et l'enfant souillant continuellement la plaie opératoire rétrosternale par le rejet de mucosités infectées, je risquais de voir se déclarer deux sortes de complications, l'infection du médiastin antérieur qui s'est en effet produite, et consécutivement à elle, par voie de retour, une broncho-pneumonie qui aurait pu fort bien se manifester.

Un enseignement est donc à tirer de l'observation de mon cas, c'est qu'il est bien préférable, quelle que soit l'allure inquiétante de la dyspnée, de procéder tout de suite à l'ablation du thymus.

Depuis quelques années on connaît beaucoup mieux les manifestations de l'hypertrophie du thymus. La radioscopie, ou à son défaut, lorsque la situation est pressante, la simple palpation du creux sus-sternal jointe à la constatation du cornage aspiratoire et des accès de suffocation, nous révèle l'hypertrophie du thymus.

La thérapeutique est bien fixée actuellement. Lorsque la dyspnée est faible on peut essayer la Roentgenthérapie, qui, dans de nombreux cas, a donné d'excellents résultats; mais lorsque l'asphyxie par sténose laryngée ou trachéale est imminente, il n'y a qu'un moyen à employer : l'ablation du thymus, opération relativement simple, qui, bien conduite, ne présente aucune difficulté.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTRITE SPHÉNOÏDALE CHRONIQUE.

Par **M. MIGNON.**

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'hôpital Lenval de Nice.

Ayant eu l'occasion d'observer d'une façon prolongée plusieurs cas d'antrite sphénoïdale chronique, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de les faire connaître et d'en tirer quelques déductions pratiques. Il est vraisemblable que cette affection passe facilement inaperçue et qu'on attribue quelquefois à d'autres cavités des fosses nasales les sécrétions qu'elle entraîne. Il en résulte un retard dans le traitement qu'elle exige et un danger pour le malade. Les complications qu'elle entraîne sont plutôt rares; mais, comme elles sont très graves, par la situation anatomique de cette cavité, il vaut mieux les prévenir que d'en attendre l'apparition.

OBSERVATION I. — P., 28 ans, est venu me consulter se plaignant d'obstruction nasale accompagnée de sécrétions muco-purulentes très abondantes; céphalalgie fréquente, surtout frontale, quelquefois occipitale; troubles plus pénibles quand le malade se baisse. Cet ensemble de phénomènes a débuté il y a plusieurs années.

En novembre 1908 je fais en deux séances l'ablation d'énormes polypes muqueux, qui empêchaient la respiration nasale et rendaient impossible l'exploration des fosses nasales. Le malade présente des signes manifestes d'ethmoïdite et d'antrite frontale des deux côtés; je m'assure que les sinus maxillaires ne participent pas à la production des sécrétions, et je décide d'intervenir chirurgicalement sur les sinus frontaux.

15 décembre 1908. Opération de Killian sur l'antre frontal gauche, puis sur le droit, en détruisant aussi complètement que possible, après résection du cornet moyen, les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures. Guérison opératoire normale retardée seulement de quelques jours par suppuration passagère au niveau de deux points de suture. Consécutivement le malade présente une

bonne perméabilité nasale et moins de sécrétions; il se plaint encore quelquefois de douleurs en arrière de la racine du nez, entre les deux orbites, de temps en temps irradiées vers la nuque, surtout à l'occasion de mouvements de la tête en avant et en arrière. Le catarrhe naso-pharyngien moins abondant persiste, mais les sécrétions ne séjournent plus dans les fosses nasales et passent dans le pharynx, où l'on voit à la partie supérieure.

L'exploration des antres maxillaires faite un an après l'opération ne révèle pas de douleur à la pression, pas de diminution ni de différence de transparence par la diaphanoscopie, pas de sécrétions dans le liquide de lavage, une ponction ayant été faite une fois de chaque côté négativement au niveau des méats inférieurs.

L'examen de la partie postéro-supérieure des fosses nasales étant rendu plus complet et plus précis, par les opérations antérieures, je pus me rendre compte du point de départ des sécrétions et par élimination, aussi bien que par l'exploration exacte, il me fut facile de me convaincre que les sécrétions persistantes venaient de l'antra sphénoïdal. L'ostium de celui-ci facilement visible surtout du côté gauche, je pus aisément explorer la cavité, et en faire le cathétérisme, la tête étant en extension. Le malade, désirant beaucoup être enfin débarrassé des sécrétions, accepte une nouvelle intervention chirurgicale.

En décembre 1909, je pratique sous anesthésie locale, en deux séances séparées d'une semaine, l'ouverture des antres sphénoïdaux, à gauche d'abord, à droite ensuite. Intervention faite, naturellement, par voie nasale au moyen du crochet, de curettes de différentes formes, de pinces nasales à turbinotomie, et de pinces plates de Luc. Après l'ouverture large ayant comme pôle supérieur l'ostium, résection partielle de la paroi inférieure; curettage très léger et probablement non complet de la cavité, profonde environ de 2 centimètres, suppression de grosses végétation polypoides, puis badiageonnage à la glycérine iodo-iodurée et tamponnement peu serré. Hémorragie peu persistante pendant chaque opération; pas de fièvre consécutive. Gaze de tamponnement enlevée au bout de deux jours; pulvérisations nasales consécutives, sans autre traitement, avec huile goménolée-myrtolée déjà employée antérieurement. Un mois après, résultat satisfaisant; les sécrétions ont à peu près complètement disparu, ainsi que les autres troubles persistants dont se plaignait le malade; brèche opératoire très rétrécie, la partie visible des cavités donnant l'impression d'être rétractée sur elle-même.

Ayant revu ce malade l'année dernière et cette année, j'ai pu me rendre compte de la persistance du bon résultat obtenu.

OBSERVATION II. — M^{me} T., 43 ans, vient me consulter en mars 1911 ayant des polypes muqueux des fosses nasales, avec gêne respiratoire et sécrétions muco-purulentes. Ablation antérieure de polypes de même nature : céphalée fréquente et quelquefois occipitale, avec troubles oculaires mal définis, la malade se refusant à se faire examiner par un oculiste.

Examen rhinoscopique.

Polypes muqueux et muco-pus dans le méat moyen des deux côtés. Pas de douleur au niveau des sinus frontaux et maxillaires; pas de diminution de transparence.

11 avril 1911. Opération par voie nasale, à droite, sous cocaïne; ablation de polytes, destruction aussi complète que possible des cellules ethmoïdales, après résection du cornet moyen.

23 avril 1911. Même opération du côté gauche. En décembre 1911 la malade est revue, ne se plaignant plus de douleurs frontales, mais ayant fréquemment de la gêne et la sensation de pesanteur en arrière du nez; mucosités pharyngées abondantes.

En faisant bien relever la tête, on voit assez facilement la face antérieure du sinus sphénoïdal, qui présente du mucus-pus adhérent à la paroi; très peu de sécrétions rejetées par les fosses nasales. Cathétérisme des sinus sphénoïdaux rendu assez facile par intervention antérieure, cavité assez profonde dans laquelle une petite curette permet de constater la présence de fongosités que je respecte en attendant que je puisse faire acte chirurgical.

4 mars 1912. Ouverture sous cocaïne de l'antre sphénoïdal à droite et à gauche; résection assez large de la paroi antérieure et de l'inférieure, tamponnement et pansement habituel après curetage très léger, pour éviter de blesser une des parois. Quelques jours après, presque plus de sécrétions dans le pharynx, pas de douleurs, celles-ci ayant disparu pour ne plus reparaitre depuis plus d'un an; bon état général.

Ayant fait récemment un examen des fosses nasales et de la gorge, je n'ai plus constaté la présence de mucosités; celles-ci se produisent rarement et sont alors provoquées par des causes passagères, que la malade ne peut pas toujours éviter. Dans cette autre observation, c'est donc le traitement sphénoïdal qui a véritablement amené la suppression des sécrétions et des autres troubles dus à leur présence.

OBSERVATION III. — M. R., 42 ans, vient à ma consultation le 13 mars 1912, après avoir été opéré deux fois depuis trois ans pour obstruc-

tion nasale des deux côtés, accompagnée de sécrétions nasales muco-purulentes très abondantes. La première opération ayant été insuffisante, la seconde a été faite deux mois avant que le malade vienne me consulter.

Depuis cette intervention faite à l'étranger par un spécialiste expérimenté, la respiration est satisfaisante des deux côtés, mais les sécrétions sont toujours abondantes; elles passent dans la gorge et ne peuvent être expulsées par le nez, malgré sa perméabilité. Le malade explique nettement que lorsqu'il se baisse très en avant, il sent en haut de son pharynx un liquide visqueux qui coule en avant, vers la racine du nez, et ensuite dans la gorge; des renseignements précis me font naturellement penser à porter mes investigations vers le sinus sphénoïdal. Cependant pas de maux de tête fréquents, ni de sensibilité particulière des régions frontale et occipitale; pas de trouble oculaire. Les sécrétions pharyngées sont toujours abondantes depuis les opérations et ne semblent pas avoir tendance à diminuer, malgré tous les traitements antérieurs (badiageonnages, opérations). Examen rhinoscopique.

L'exploration des cavités accessoires frontales, ethmoïdales et maxillaires ne me paraît pas expliquer ces sécrétions; douleur localisée à la pression, diaphanoscopie, ponctions négatives; l'examen des fosses nasales permet de constater de chaque côté la suppression opératoire presque complète des cornets inférieurs et moyens et de la plus grande partie des cellules ethmoïdales sur une large surface, la paroi pharyngée apparaît par la fente olfactive enduite de mucosités vert jaunâtre plus abondantes en haut. Avec un bon éclairage, la tête étant très relevée, on voit au-dessus de la cavité pharyngée la saillie de l'antre sphénoïdal couverte de sécrétions; ayant attentivement tamponné et essuyé celle-ci, je perçois presque tout en haut de la région accessible à la vue un orifice de forme ovulaire, dans lequel je peux facilement, sous le contrôle du miroir, placer une sonde d'Irard; celle-ci pénètre de plus de 2 centimètres dans une vaste cavité, qui est évidemment l'antre sphénoïdal, dont je peux sentir la paroi postérieure éloignée de 9 centimètres et demi du bord antérieur du maxillaire. Faisant la même exploration des deux côtés, je constate un aspect à peu près identique, l'orifice du côté gauche étant un peu plus haut que le droit; ceux-ci présentent au passage une grande sensibilité, de même que le contact de toute la paroi antérieure de sinus.

Les jours suivants, j'ai plusieurs fois renouvelé mon exploration au moyen d'un stylet porte-ouate, qui put rapidement élargir l'ostium et permettre aux sécrétions de sortir de l'antre. J'essayai

vainement de diminuer l'abondance de celles-ci par des badigeonnages de la cavité antrale, qui me semblait pleine de bourgeonnements de la muqueuse. Ayant élargi l'orifice avec une curette, je supprimai en même temps quelques bourgeons servant d'obstacle, et je prévins mon malade que je prendrais mes dispositions pour compléter le traitement, l'ouverture large de l'antra sphénoïdal étant, pour obtenir la suppression des sécrétions, le complément nécessaire de ce qui avait été fait.

Mais à ce moment l'opération dut être remise à une date ultérieure, par suite du départ du malade qui fut obligé de quitter Nice.

Il me semble à peu près certain qu'on aurait pu ainsi arriver à compléter l'action des opérations antérieures, qui n'avaient pu amener la disparition des sécrétions nasales. Bien que je n'aie pu faire dans ce cas le traitement radical qui convenait, j'ai trouvé intéressant d'étudier l'état de ces antres sphénoïdaux, dont l'exploration était rendue facile en raison des opérations antérieures.

Je regrette seulement que les circonstances ne m'aient pas permis d'obtenir la guérison de ce malade par une dernière intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

Nous essaierons maintenant de tirer quelques déductions des observations ci-dessus.

Comme l'a proposé Luc, nous avons dans cette note employé l'expression antrite sphénoïdale; tout en étant moins classique, elle a l'avantage de ne pas créer de confusions avec l'inflammation des sinus veineux.

Au cours de nos observations, nous sommes frappés de l'atténuation des symptômes cliniques dans la forme chronique de l'antrite sphénoïdale; la localisation des sécrétions est quelquefois le seul signe qui attire l'attention et pourtant cette maladie expose toujours à de graves complications que l'on doit éviter en faisant le diagnostic et, s'il y a lieu, le traitement avant leur apparition.

Cet état inflammatoire serait probablement révélé plus souvent si l'on pouvait toujours bien examiner l'antra sphénoïdal, lorsqu'on constate l'existence d'un catarrhe rétro-nasal résistant aux traitements simples du pharynx.

Lorsqu'on explore cette cavité, il est quelquefois difficile de

faire le diagnostic différentiel entre l'antrite sphénoïdale et l'ethmoïdite, les deux affections pouvant exister isolément ou simultanément. Nous ne voulons pas répéter ici les moyens connus que l'on emploie dans ce but. Le diagnostic étant posé, il faut établir l'opportunité d'un traitement chirurgical et l'exécuter avant qu'il y ait menace de complications, celles-ci étant très graves, en raison des organes voisins. Tout en reconnaissant que d'autres méthodes peuvent avoir leurs indications (voie transmaxillaire employée par Jansen, Luc, Furet), nous pensons que la voie nasale est la meilleure pour intervenir, comme l'ont démontré les recherches et les travaux de Zuckerkandl, Berger, Vacher, Hajek, Laboure, H. Tilley, Luc, Escat, Sieur et Jacob, et les observations de beaucoup d'autres auteurs. L'exploration de l'antre sphénoïdal ne peut être faite avec précision qu'après ablation du cornet moyen et destruction des cellules ethmoïdales antérieures et surtout postérieures.

La technique opératoire exposée par Hajek donne toute satisfaction; il faut faire une ouverture large de la paroi antéro-inférieure et curetter avec la plus grande prudence en raison des dangers de voisinage et des anomalies anatomiques possibles.

La guérison peut même être obtenue seulement par large drainage sans curettage comme le conseille H. Tilley, et comme le permet la méthode de Claoué pour l'antre maxillaire.

Les procédés basés sur l'emploi de la tréphine et du tour électrique, vantés par certains auteurs, sont dangereux et non recommandables.

Nous terminerons en disant qu'on obtient par la voie nasale d'excellents résultats opératoires; ceux-ci peuvent être facilement contrôlés, car aucune cavité accessoire des fosses nasales ne peut être après l'intervention aussi bien inspectée que l'antre sphénoïdal.

DE L'ŒDÈME AIGU INFECTIEUX PRIMITIF DU LARYNX
ET DE SES RELATIONS MICROBIOLOGIQUES
(Étude contributive).

Par **L. BAR.**

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Nice.

L'infection polymicrobienne **représente** la cause de beaucoup la plus fréquente des œdèmes laryngés, **cause** complexe à laquelle les œdèmes aigus infectieux du larynx paraissent emprunter les formes variées qu'ils affectent.

Voci d'abord, dans leurs grandes lignes, deux cas que nous avons observés.

OBSERVATION I. — M^{me} Z..., de Moscou, âgée de 35 ans environ, neuroarthritique, dont l'existence est quelque peu surmenée par des soins familiaux variés, vient le 10 janvier 1913 nous consulter pour sa gorge qui depuis la veille provoque son attention. Antérieurement M^{me} Z... a été atteinte d'une angine phlegmoneuse grave, maladie qu'elle a eue il y a quelques années et dont elle ne s'est jamais ressentie depuis. Actuellement une simple gêne attire son attention principalement lorsqu'elle déglutit, sensation qu'elle éprouve même un peu dès qu'elle veut avaler les liquides et qui lui paraît semblable à celle que les névropathes ressentent sous forme de boule hystérique. La voix est normale, la respiration libre. Il n'y a pas de fièvre et l'état général ne présente aucun signe notable autre qu'une pâleur assez manifeste du visage et un peu d'adénopathie sous-maxillaire. Elle se plaint d'avoir eu froid, mais n'accuse aucun frisson véritable, elle avait eu des frissonnements.

L'examen de la région rhinopharyngolaryngienne, indépendamment d'une rougeur congestive et diffuse de toute la muqueuse de ces cavités, faisait voir une tumeur hyaline, rosée à sa surface libre, d'apparence œdémateuse, établie sur la région aryténoïdienne droite, du volume d'un gros pois, sessile, et plus enflammée à la

(1) Communication à la Société Française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1913.

région sur laquelle elle était insérée. Cette tumeur tremblante à l'émission de la voix qui malgré sa situation paraissait momentanément sans influence sur le phonation, eu égard encore à son développement rapide, ne pouvait être autre chose qu'un œdème laryngien aigu. Un pronostic sévère fut porté, un traitement rationnel indiqué : repos absolu au lit; pulvérisations boratées, cocaïnées et adrénalisées tièdes. Mais, au mépris de tout avertissement, la malade commettait le jour même et le lendemain toutes sortes d'imprudences (bals, dîner en ville, etc.). Elle s'alitait enfin avec un état fébrile de 38°,5. La malade nous ayant alors seulement rappelé, nous la trouvâmes avec l'état suivant : pharynx rouge et enflammé, œdème laryngien rouge œdématisé sur toutes les régions aryténoïdiennes, sur leurs replis aryépiglotiques et enfin sur la face antérieure de l'épiglotte qui sous forme d'un bourelet régulier empiétait légèrement sur la face laryngienne, manifestait son infiltration œdémateuse jusques et y compris son bord libre. L'ouverture du larynx se trouvant par œdème réduite à une portion étroite et triangulaire, par laquelle les cordes vocales n'étaient même plus visibles, la voix était éteinte et la respiration gênée. Elle l'était surtout à l'inspiration, l'appel d'air à respirer faisant se rapprocher plus intimement les zones œdémateuses et se fermer ainsi plus fortement les parties libres du larynx. Il y avait un peu de toux laryngienne, le poumon restant libre de toute altération pathologique.

En plus de la raucité de la voix, on remarquait une dysphagie manifeste, qui sous forme de sensation de constriction empêchait la malade d'avaler, tant elle éprouvait de douleur à cet acte et cette dysphagie était telle que, lorsque la malade avait besoin de s'alimenter et même de boire, elle en éloignait de plus en plus l'épreuve. Adénopathie sous-maxillaire surtout à droite, constipation opiniâtre, urines sédimenteuses, langues saburrale. Agitation nerveuse et insomnie.

La malade n'ayant pas pris d'iodure dans un temps voisin de cette maladie, et l'œdème étant rouge gris sur base inflammatoire, nous éloignâmes le diagnostic d'œdème médicamenteux et d'œdème angioneurotique pour nous arrêter à celui d'œdème infectieux, au sujet duquel nous demandâmes une analyse bactériologique que le Dr Boisseau, anatomo-pathologiste de l'hôpital de Nice, devait établir d'après des sécrétions fournies par la muqueuse pharyngo-laryngienne malade — La réponse fut nettement en faveur d'une infection polymicrobienne. En effet :

« Les éléments colorées par la méthode de Gram d'une part;

par le bleu de méthylène d'autre part, indiquaient le résultat microscopique suivant :

1° Eléments cellulaires : (a) Nombreuses polynucléaires, (b) Nombreuses cellules épithéliales : 2° Microbes. Très nombreux, parmi lesquels on distingue : (a) Pneumocoques (très nombreux), (b) Staphylocoques, (c) quelques Streptocoques, (d) des Spirilles.

Les urines étaient rares, sédimenteuses, sans sucre, sans albumine.

Nous prescrivîmes un traitement décongestif (compresses chaudes autour du cou, pédiluves, purgation) et un traitement antiseptique à l'acide phénique (bains de gorge et pulvérisations à 1/300) basé sur la valeur microbicide de cet agent qui nous parut être le plus propre à opposer à la fois aux divers microbes ici en activité et parmi lesquels le staphylocoque auréus est toujours la plus résistante bactérie aux microbicides (1).

Une certaine détente s'étant produite dans la journée nous trouvions le lendemain 18 la malade un peu plus alerte, mais cette amélioration, comme bien d'autres depuis, ne devait être qu'éphémère, car le lendemain et les jours suivants, tandis que l'œdème abandonnait incomplètement certaines parties du larynx, il envahissait les autres avec une intensité plus grande, occupant tantôt le bord libre des régions aryépiglottiques, tantôt les bandes ventriculaires, tantôt la région interaryténoidienne, tantôt l'épiglotte, la luette, etc., ne laissant jamais aucun espace absolument libéré et menaçant la malade d'une asphyxie soudaine. L'application de sangsues, la survenance de menstrues, le borate de soude, etc. procuraient tour à tour quelque amélioration éphémère et la malade devenait de plus en plus déprimée, sans sommeil, avec fléchissement du cœur, donnait parfois autant de craintes par son état général que par son état local : la voix restait voilée, la déglutition parfois difficile avec une sensation de boule obstruant la région supérieure de l'œsophage et du larynx. La température arrivait parfois à 38°, mais presque constamment au-dessus de 37°,5. — Adénopathie sous-maxillaire.

Enfin après 3 semaines, tandis que ces phénomènes étaient aussi inquiétants par leur durée que par la résistance à toute thérapeutique, une crise par éruption d'herpès sous forme de semis blanchâtre, puis ulcères, se produisit au pilier broncho-pharyngien antérieur, dans l'oropharynx, bientôt suivie d'une poussée

(1) Valeur microbicide des principaux antiseptiques, tableau I dans Formulaire de l'antisepsie Bocquillon-Limousin, p. 123, 190 5.

œdémateuse dans les régions du larynx et de la luette, accident contre lequel une semaine de lutte fut encore nécessaire.

La guérison si fortement attendue arrivait enfin après cinq semaines écoulées depuis le commencement de la maladie.

OBSERVATION II. — M^{me} H..., âgée de 35 ans, neurasthénique, dont la santé avait été précédemment compromise et était à peine rétablie après d'importantes opérations, fut, le 20 janvier, prise tout à coup d'un mal de gorge avec violent frisson et bientôt suivi d'une gêne à l'émission de la voix et à la déglutition. Son médecin appelé, étonné de cette dysphagie et de cette raucité, nous pria aussitôt de visiter la malade avec lui. — Anxiété de la malade — Rhinopharyngite intense avec coloration lie de vin de toute la muqueuse. Celle-ci très humide. L'épiglotte et les régions aryénoïdiennes très œdématisées, d'un œdème gris rouge avec base inflammatoire fermant presque complètement l'ouverture supérieure du larynx. Une fente triangulaire assure encore la respiration qui est pénible surtout à l'inspiration, au moment où l'air inspiré refoule ainsi et rapproche des vestibules laryngiens les parties œdématisées de ses bords. — L'examen des cordes vocales est de ce fait impossible. Une toux légère et intermittente fatigue la malade. — Adénopathie sous-maxillaire légère, mais perceptible à la palpation.

Anorexie. Soif. Urine sédimenteuse, rare. Insomnie. Température oscillant entre 39°, et 39°,5 centigrades.

Ayant porté le diagnostic d'œdème aigu infectieux du larynx, il fut décidé qu'on aurait recours aux moyens de décongestion et d'antiseptie requis par l'état local en même temps que l'état général serait subordonné aux indications intercurrentes. — Bains de pieds, purgation, compresse chauffante d'une part. — Pulvérisations phéniquées à 1/300, gargarisations antiseptiques à la solution phéniquée avec adrénaline à 1/1000 furent les médications employées, en même temps que les révulsifs sur la région pharyngienne, sous forme de cataplasmes sinapisés.

Toutefois, malgré les secours et la concordance favorable des menstrues survenues une semaine environ après la crise, l'état était stationnaire avec des périodes d'amélioration et de dépression, faisant craindre à tout moment la nécessité d'une trachéotomie d'urgence. — L'œdème ne disparaissait pas. — La région aryénoïdienne en particulier restait toujours tuméfiée, occupant tantôt la région aryénoïdienne droite, tantôt la gauche. L'aphonie restait à peu près absolue et la dysphagie un instant si intense que les aliments d'aucune espèce, liquide ou solide, ne pouvaient passer, nécessitant l'emploi de lavements nutritifs. Vers le 40^e jour pourtant, il y eut à cet

égard, une facilité un peu plus grande et la fièvre n'ayant duré que les trois premiers jours, l'amélioration paraissait réelle. La malade put faire passer un peu de gelée de viande et peu à peu quelques potages. Mais elle était sans voix, les oreilles étaient avec bruits douloureux par propagation de l'inflammation au cavum et aux trompes d'Eustache et le larynx, quoique plus libre, moins œdématisé et permettant la vue sur les cordes vocales, restait néanmoins œdématisé dans les régions aryténoïdiennes, empêchant le libre jeu des articulations de se faire, occasionnant ainsi une asthénie de celles-ci impropre à la voix.

Le 2 février, c'est-à-dire 13 jours après le début de la maladie, l'œdème inflammatoire de la région aryténoïdienne droite devenu complètement rouge et phlegmoneux les jours précédents parut céder tout à coup avec issue d'une goutte de pus, suivie d'une goutte de sang, donnant lieu à un soulagement général. La nuit suivante il y eut de la toux avec rudesse à la respiration trachéale, respiration pulmonaire restant indemne.

Le lendemain 3 février l'œdème laryngien diminuait d'une façon réelle et depuis ce 14^e jour progressait journellement, avec plus de facilité d'alimentation, mais persistance de l'aphonie.

Le 6 février, c'est-à-dire le 17^e jour de la maladie, quoiqu'il ne restât qu'un œdème laryngien peu important, il y eut un peu d'éclaircissement de la voix, qui ne dura qu'un instant, occasionnant, par sa disparition rapide et la raucité nouvelle, un vrai désappointement chez la malade. De nouveau la région laryngienne s'œdématisait, d'une façon peu importante il est vrai, mais néanmoins certaine. Les urines devenaient de nouveau sédimenteuses, et les cordes, visibles actuellement, paraissaient grisâtres et un peu œdématisées sur leur bord libre.

Le 13 février, l'amélioration revenait par atténuation de la congestion au sujet de laquelle nous avions institué des attouchements laryngiens à la glycérine phéniquée au 1/50 concurremment avec les pulvérisations résorcinées, phéniquées, et adrénalinées.

Enfin le 15 février, c'est-à-dire le 26^e jour après le début de la maladie, la voix revint et durable sans être encore bien posée. L'inflammation laryngienne et l'œdème ayant tout à fait disparu, nous songeâmes à la strychnine et à l'électricité pour définitivement rendre au larynx l'usage de la voix si longtemps compromis. Une semaine de faradisation laryngienne aida à ce résultat, assurant ainsi la guérison définitive.

Mais la malade revient nous voir six semaines plus tard pour ses oreilles dont la ventilation paraît mal se faire à cause d'une

sténose catarrhale momentanée de ses trompes. Le pharynx est rouge et ciré, la luette également, témoignant ainsi d'un état infectieux latent.

Cliniquement aussi bien que *bactériologiquement* les cas d'œdèmes laryngiens ainsi observés ne pouvaient être que des *œdèmes aigus infectieux primitifs et de forme inflammatoire*. — En effet :

1° Aucune inoculation locale.

2° Aucune maladie générale.

3° Aucune affection, ulcération ou affection chronique du larynx.

4° Aucun œdème collatéral par inflammation périlaryngée, n'était en cause justifiant d'un œdème infectieux secondaire.

5° Aucune affection rénale, néphrite aiguë ou mal de Bright pouvant occasionner un œdème rénal.

6° Aucun iodisme justifiant d'un œdème toxique.

7° Ni brûlures, ni contusions, ni fractures à invoquer pour supposer un œdème traumatique.

L'asystolie, les compressions des voies de retour : goitre, tumeurs, cancers de l'œsophage, anévrysme de l'aorte faisaient défaut ; on ne pouvait songer aux œdèmes par gêne de la circulation, de même qu'on ne pouvait songer aux œdèmes nerveux. Certains d'entre eux cependant pouvaient être tenus en considération, tels ces œdèmes inflammatoires aigus à frigore, classés comme œdèmes nerveux, à tort sans doute, en se basant sur un fait d'ordre vasomoteur, à savoir que la paralysie vasomotrice suit la vasoconstriction initiale. Or ces œdèmes sont des œdèmes inflammatoires, des œdèmes que sans doute le système nerveux peut influencer, mais ne sont pas de purs œdèmes nerveux comme le sont les œdèmes angioneurotiques. Ceux-ci, très différents de ceux que nous avons en vue, paraissent tributaires du système nerveux seul, obéissant probablement à une névrose, à une influence toxique, à une auto-intoxication et la clinique les individualise les uns sous le nom de « maladie de Quincke localisée aux larynx » ; les autres sous le nom de « d'urticaire laryngé » mis en évidence par Garel(1).

(1) GAREL. — Œdème laryngé angioneurotique. *Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1903.

Comme d'ailleurs tous les œdèmes angioneurotiques ou toxico-névropathiques de la peau et des muqueuses décrits par Quincke, Collins, Shuling, Legendre, Courtois Suffit, etc., les œdèmes purement nerveux du larynx arrivent brusquement, disparaissent de même, ont une évolution très rapide, s'accompagnent de manifestations œdémateuses sur d'autres muqueuses et sur la peau. Ils sont généralement apyrétiques, ou d'autres fois avec un état hyperthermique à peine caractérisé. Leur aspect est franchement séreux, ils sont tremblotants, nullement enflammés et établis sur une base qui ne présente aucune trace d'inflammation. L'évolution de ces œdèmes se fait en quelques heures. Elle se termine par la guérison et peut se terminer rapidement par une issue fatale avant même qu'il y ait eu le temps de préparer et de faire la trachéotomie imposée parfois de la façon la plus extemporanée par la soudaineté et la rapidité de leur évolution.

Ainsi qu'on peut en juger les exemples d'œdèmes que nous rapportons présentent quelques différences notables, car, sauf leur soudaineté d'apparition et les symptômes fonctionnels qu'ils commandent, ils s'éloignent tout à fait des œdèmes angioneurotiques par la forme inflammatoire qu'ils affectent, leur marche et leur évolution. Ce sont des œdèmes laryngiens inflammatoires aigus que rien ne pose comme secondaires à un état pathologique quelconque et que l'analyse bactériologique de l'un d'entre eux indique comme de nature nettement infectieuse, confirmée par le frisson, les frissonnements et la haute température initiale.

Aujourd'hui personne n'ignore que l'infection microbienne représente la cause de beaucoup la plus fréquente des œdèmes laryngés (1) dont le froid et surtout le froid humide sont une des causes occasionnelles les plus manifestes. En diminuant les résistances de l'organisme, en paralysant les vasodilatateurs, en exaltant la virulence des bactéries parasites qui font leur habitat normal et constant dans les premières voies respiratoires, ils provoquent aisément chez les déprimés, chez les surmenés, chez les alcooliques, etc., etc., ces laryn-

(1) BOURGEOIS et EGGER. — Rapport à la Société Française d'oto-rhino-laryngologie, 1909.

gites que Moure appelle œdémateuses. Celles-ci sont les véritables œdèmes inflammatoires aigus infectieux du larynx, que Garel (1), à cause de l'atténuation de l'infection (fièvre et réaction légère), appelle bénins, mais que Semon (2), à cause de leur unité étiologique infectieuse, avait déjà classés avec un pronostic plus grave au même rang que la laryngite pulmonaire et l'érysipèle laryngé. Au rôle des microbes appartient sans doute la variété de forme de ces angines laryngées œdémateuses. Ces angines sont en effet d'ordre microbien ou plutôt polymicrobien, et si on veut bien se rapporter à Tassano, Issard, Bayon, Josserand, Netter, Bouilloche, ou même simplement s'arrêter à l'analyse que Paiseau nous a fournie au sujet d'un des cas que nous rapportons, on comprendra aisément qu'il n'est pas possible de subordonner leur origine à un seul microbe spécifique. Cette analyse, en effet, nous a montré qu'il y avait là en quantité variable des pneumocoques, des streptocoques, des staphylocoques, des spirilles, microbes qu'on a coutume de rencontrer à l'état saprophytiques dans les premières voies respiratoires; actuellement ici en activité sans doute, et qu'à cause de leur nombreuse variété on ne pouvait de leur ensemencement songer à tirer une interprétation rationnelle quelconque. On peut d'autre part se demander de quelle manière la prépondérance de telle ou telle variété microbienne est capable de se manifester, comment elle pourra modifier l'aspect et l'évolution de l'angine œdémateuse, celle-ci conformément à l'hypothèse d'une genèse parasitaire généralement admise et émise par Garel, devant être considérée comme le produit inflammatoire de réactions microbiennes. Les recherches faites à ce sujet ont été assez fructueuses.

Disons d'abord que les spirilles reconnus comme sans importance dans la plupart des cas ne peuvent guère être envisagés ici. Ils sont généralement les agents d'une angine spéciale, l'angine fusospirillaire de Vincent, maladie sans rapport avec les laryngites œdémateuses. Avec celles-ci

(1) GAREL. — *Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1894.

(2) SEMON. — Congrès de Berlin. 1890.

nous avons bien trouvé des spirilles, il y a bien aussi les cas de Barbacci (1), où à l'exclusion de tout autre micro-organisme les spirochètes avaient été trouvés dans un abcès laryngé, mais jusqu'à plus ample informé de tels exemples n'ont rien de probant, ils ne peuvent avoir comme conséquence que de provoquer à cet égard des recherches nouvelles.

Autrement importantes sont les considérations relatives aux staphylocoques, aux pneumocoques et aux streptocoques pathogènes.

Hôtes habituels des cavités buccopharyngées où ils vivent ordinairement en saprophytes, il y avait lieu de se demander quel rôle est le leur, lorsque devenus virulents on les rencontre dans les cas de laryngites œdémateuses. Certains coryzas, certaines angines, laryngites et bronchites avec caractères cliniques divers ont été attribués à leur présence et paru dépendre de leurs infections. Celle-ci naturellement est des plus variables, relative à la réceptivité pathogène de l'organisme pour le microbe et proportionnelle à la virulence exaltée et particulière de chacun d'eux.

Courmont (2), qui a bien étudié les *staphylocoques* en raison de la présence constante de ce microbe sur les muqueuses, estime qu'il est difficile d'affirmer qu'il puisse être considéré comme la cause directe de telle lésion où on le rencontre. On ne saurait perdre de vue toutefois que parmi les toxines que fabriquent les staphylocoques pyogènes, le *staphylococcus aureus* particulièrement, sont des *toxine vasodilatatrice* (3). Elles mettent les centres vasodilatateurs supérieurs en activité, favorisent, comme l'admet Bouchard (4), la diapédèse, et favorisent ainsi le développement exagéré de l'exsudation séreuse provoquée déjà par ses toxines pyogènes propres ou par celles d'autres agents infectieux. Elles sont ainsi des *agents œdéma-*

(1) BARBACCI. — *Lo Sperimento*, juillet 1893. Une forme singulière d'abcès laryngé.

(2) J. COURMONT. — Staphylococcie — In *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, GILBERT et TOINOT. — *Précis de Bactériologie*.

(3) S. COURMONT. — *Précis de Bactériologie*, 1907, p. 836.

(4) BOUCHARD. — Congrès de Berlin, 1890.

tisants par eux-mêmes, deviennent de précieux auxiliaires favorables au développement des laryngites œdémateuses.

Indépendamment donc de leurs qualités pyogènes les staphylocoques peuvent être considérés au moins comme les agents prédisposants de ces œdèmes laryngiens et par leur prédominance dans l'association polymicrobienne capables d'en faciliter le développement.

Tous autres sont les rapports du *pneumocoque* avec les laryngites œdémateuses. Nous savons en effet que le diplocoque de Talamon Frænckel est l'agent de la pneumonie lobaire, qu'hôte habituel de la salive où il vit en saprophyte, ce microbe pathogène peu virulent n'attend qu'un fléchissement de l'organisme pour rendre plus ou moins violente sa virulence.

Cette virulence se manifeste sur les divers organes sous forme de *pneumococcie* généralement secondaire à une pneumonie, quelquefois primitive et alors le plus souvent suivie d'une pneumonie. Garel (1) le premier paraît avoir soupçonné cet état de chose et le pneumocoque dans certains cas d'œdème du larynx. Jossierand (2) et plus tard Barjon (3) ont démontré bactériologiquement qu'il existait dans des cas semblables, établissant ainsi sous le nom d'œdème aigu rétrolaryngien à pneumocoque un type clinique bien spécial. Ces types plus spéciaux par leur considérant que par leur symptomatologie. — Des observations cliniques de Dorange (4) et Thornton (5) le confirment encore : ce sont des laryngites à réactions locales vivement inflammatoires qui ont la plus grande tendance à s'abcéder, dont le danger est plutôt relatif aux inconvénients inhérents à la localisation de l'abcès qu'à la maladie même.

(1) GAREL. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1883.

(2) JOSSEIRAND. — Abscès rétrolaryngé à pneumocoque. — *Pres. méd.*, 1890.

(3) BARJON. — Nouveau cas d'abcès rétrolaryngé à pneumocoques. — *Pres. médic.* 1894.

(4) DORANGE. — Laryngite œdémateuse, trachéotomie, pneumonie. — *Archiv. méd. militaire*, 1892.

(5) THORNTON. — Pneumonie lobaire avec laryngite œdémateuse. — *The Lancet*, 17 août 1893.

Les lésions à pneumocoques ont en effet une grande tendance à la guérison (1). Ils peuvent enfin par eux-mêmes être considérés comme élément de pronostic, et c'est après le diagnostic établi sur la présence de pneumocoques dans des laryngites œdémateuses que Josserand et Barjon dans leurs cas particulièrement et Chauffard (2) dans un cas tout récent, purent prévoir et annoncer d'avance la pneumonie qui ne tarda pas de se manifester. Ce pronostic eût d'ailleurs été très grave et dans la septicémie aiguë pneumococcique il convient ainsi selon Chauffard et comme il est aussi aisé de s'en apercevoir de réserver une place à l'œdème laryngé suraigu, cause de danger de mort presque immédiate pour le malade, indice d'une virulence extrême de l'agent pathogène.

Le rôle des *streptocoques* dans les œdèmes aigus infectieux du larynx n'est pas moins intéressant à noter. Il a donné lieu à d'importantes recherches. Rencontré par Israel dans le pus du pharynx (3), par Fränkel, par Hanot dans un cas où en même temps il y avait une pleurésie purulente, par Massei, Fasano, Rylands, Seudner, Sokolowski, Bouulloche, il est retrouvé par Boisseau dans l'observation I, où eu égard aux symptômes particuliers que présentait notre malade, nous l'avions prié de le rechercher. Il était en état d'association un peu plus complexe que celle de Bouulloche, car les pneumocoques et les spirilles s'ajoutaient dans cette observation aux staphylocoques avec lesquels Bouulloche l'avait rencontré.

Le streptocoque pyogène si connu pour être l'agent unique de l'érysipèle (Fehleisen) n'est pas moins connu pour être l'agent de presque toutes les angines non diphtéritiques. Très virulent par les toxines qu'il sécrète et qui agissent surtout sur l'appareil circulatoire et le cœur, il engendre sous le nom de streptococcie une septicémie généralisée, provoque des suppurations profondes, et exalte la virulence des microbes auxquels il est associé, devenant alors plus particulièrement dange-

(1) COURMONT. — *Précis de Bactériologie*.

(2) CHAUFFARD et L. ROCHE. — Œdème aigu pneumococcique du larynx avec phénomènes de septicémie pneumococcique consécutive. *Bull. M.*, 20 nov. 1909.

(3) Observation présentée par MERKLEN à la Société Médicale des Hôpitaux, 1890.

reux (1). On sait qu'il est ainsi le facteur de gravité des diphtéries, qu'il rend la grippe très dangereuse. A cause de sa présence dans certaines formes particulières d'œdème aigu infectieux du larynx où il a été rencontré, on a voulu attribuer les œdèmes à des manifestations érysipélateuses de cet organe. Pour Labbé, Simon, Laborde (2) cette localisation laryngienne de l'érysipèle serait considérée comme une propagation secondaire d'un érysipèle de voisinage, d'un érysipèle de la face, d'une pharyngite ou d'une angine érysipélateuse, les voies digestives étant un des endroits les plus fréquents de la localisation primitive de cette maladie (Brouardel, Simon, Rigal, Bucquoy). Toutefois sans propagation de voisinage on a des observations de laryngites œdémateuses primitives qui, par certains caractères de leur symptomatologie et de leur évolution, rappellent, comme la nôtre, l'érysipèle primitif du larynx. Massei de Naples, en 1884 (3), les avait déjà observés et avait essayé d'entendre considérablement le cadre de l'érysipèle laryngé en considérant comme érysipèle primitif la plupart des œdèmes essentiels de la glotte : mais il avait renoncé à en faire la preuve expérimentale lorsque, en 1887, Fasano (4) (de Naples) vint fournir à cette opinion une sanction bactériologique en découvrant le streptocoque dans le derme du larynx, tandis que semblables constatations faites par Bergman, de Bower, Bedford, O. Samtès (5), Sokolowski (6), contribuèrent à cette idée. Une nouvelle observation bactériologique de Fasano (7) en 1894, au Congrès de Rome, vint affirmer, une fois de plus, le streptocoque de Fehleisen comme la cause efficiente de ces œdèmes décrits antérieurement par Massei sous le nom d'*érysipèle primitif du larynx*.

Les deux observations que nous avons rapportées ne sau-

(1) COURMONT. — *Précis de Bactériologie*.

(2) BUCQUOY. — Streptococcie, WIDAL, in *traité de Médecine et de Thérapeutique* de GILBERT et THOURET. 10-58.

(3) J. COURMONT. — *Précis de thérapeutique*.

(4) FASANO, Bolletino delle malattie dell'orecchio, della Golla, del Naso, 1887.

(5) O. SAMTÈS. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1892, p. 769.

(6) SOKOLOWSKI. Quelques observations d'érysipèle du larynx (*Arch. Int. de Laryngologie*, 189).

(7) FASANO. Congrès de Rome, 1894.

raient y contredire; l'une d'entre elles (obs. I) en est même une affirmation non seulement par ses caractères bactériologiques, mais aussi par ses caractères cliniques. Sans venir en effet jusqu'à envisager nos cas comme de véritables érysipèles typiques du larynx, il est aisé néanmoins, surtout en ce qui concerne le premier, d'en reconnaître les allures. C'est ainsi que le frisson du début (obs. II), que la série de petits frissonnements, que l'adénopathie sous-maxillaire avec endolorissement de la région, dans l'un et l'autre cas; que l'état fébrile avec brusque défervescence; que les oscillations thermiques d'amplitude variable et relative à chaque poussée, le fléchissement du cœur font penser à une invasion septicémique dans le larynx avec ses poussées d'inflammation œdémateuse à forme ambulatoire et les streptocoques qu'on y trouve ne sont point sans analogie avec les laryngites érysipélateuses décrites par Massei. Nos observations ne sont assurément pas des cas d'une pureté indiscutable et d'ailleurs l'analyse y relève une association microbienne. Or nous savons qu'en pareille occurrence lorsque le streptocoque est du nombre des microbes en activité, non seulement il augmente la virulence des autres, mais il finit par les dominer, ne laissant aux agents virulents associés à lui que le rôle d'agents favorisants de l'infection qu'il détermine. Cette infection est ainsi une streptococcie incomplète ou défigurée, mais toutefois une streptococcie véritable, d'évolution particulière et c'est dans ce but que nous avons cru devoir présenter nos cas d'œdème avec infection primitive du larynx.

Enfin certaines formes de pharyngolaryngites paraissent en relation avec l'influenza, maladie exclusivement humaine. Ces inflammations sont œdémateuses, tenaces, d'un rouge sombre. On suppose que le B. de Pfeiffer y joue un rôle pathogène et que la forme œdémateuse que revêt ce genre d'inflammation est attribuable au staphylocoque avec lequel elle est généralement associée.

Toutes ces considérations diverses conduisent naturellement à des conséquences pratiques.

Le pronostic d'œdème infectieux primitif acquis du larynx est variable quant à sa durée, quant à son évolution, quant

a sa terminaison et sous la dépendance des microbes qui le déterminent. Tandis en effet qu'un œdème angioneurologique est essentiellement éphémère, les œdèmes infectieux aigus primitifs comme ceux-ci quant à leur apparition, mettent généralement plus longtemps à disparaître, au point que la lenteur de leur disparition peut être impressionnante. De plus, conséquemment aux microbes qui les déterminent ils peuvent naturellement s'abcéder et accroître ainsi le pronostic grave que la sténose œdémateuse du larynx et la durée de cette sténose imposent en présence de toute laryngite de ce genre. Enfin le pronostic s'accroît encore des accidents septicémiques dont toute staphylococcie, pneumococcie, streptococcie peut être l'origine et sans oublier que les staphylocoques prédisposent aux œdèmes, il faut se souvenir encore que si la laryngite œdémateuse est sous la prédominance des pneumocoques, une pneumonie lobaire est proche, tandis que, si les streptocoques mènent le train, les phénomènes érysipélateux du larynx et les complications cardiaques deviendront la forme de la maladie courante.

Le traitement des œdèmes aigus infectieux du larynx reste sous la dépendance de leurs causes étiologiques. Il doit viser un double but : être symptomatique et s'efforcer d'attirer l'action microbienne, si on ne peut détruire les microbes en activité.

La sténose laryngienne étant pendant tout le cours de la maladie le symptôme capital, asphyxiant, toujours plein de menaces subites pour la vie du malade, il faut être prêt à tout instant pour une trachéotomie d'urgence, bien préférable, croyons-nous, à un tubage dont le traumatisme intralaryngien inévitable ne peut que nuire en contribuant à l'augment d'une inflammation laryngienne déjà existante. Les avis étant très partagés (1) au sujet de ces deux méthodes rivales, le tubage ne saurait-il, ce nous semble, résister à ce simple argument ; la trachéotomie restant d'ailleurs en toutes circonstances la méthode toujours la plus précise et la plus sûre, celle que nous n'hésitons pas ici de prôner, et qui peut s'imposer à toute heure.

Le traitement symptomatique sera encore un traitement

(1) Voir SARGNON. Tubage et Trachéotomie, 1900, p. 336.

médical dont l'indication ressort de l'état d'œdème inflammatoire du larynx et de l'état infectieux dans lequel se trouve le malade. Les décongestifs et même les révulsifs, sous forme générale de pulvérisations et inhalations chaudes antiseptiques et calmantes, purgations, bains de pieds sinapisés, cataplasmes et compresse chaude devant le thorax seront employés souvent avec succès, voire même les sangsues sur les côtés du cou et la teinture d'iode.

Des moyens hygiéniques, repos au lit, alimentation lactée et parfois rectale, boissons chaudes seront de règle.

Enfin la quinine, l'aspirine et selon les complications cardiaques, pulmonaires, etc., sont les traitements qu'on ne peut à aucun moment de la maladie perdre de vue.

Quant à la glace et au tanin parfois conseillés, il nous semble que leur application serait bien plus rationnelle dans d'autres cas ; tel l'œdème angioneurotique.

Reste enfin la question de la destruction des microbes divers qu'on rencontre habituellement ou qu'on peut rencontrer accidentellement dans les premières voies respiratoires, tant à l'état saprophyte qu'à l'état pathogène. Aucune espèce d'immunité matérielle ou artificielle n'étant connue à ce sujet, c'est à la sérothérapie qu'on devrait songer tout de suite si pour les microbes que nous avons en activité dans les cas d'infection œdémateuse du larynx on avait la possibilité d'obtenir comme pour la diphtérie une immunité artificielle. Malheureusement les sérums tirés des pneumocoques (Foa, Carbone, Bouchard, Charrin, Roger) restent d'une application incertaine, de même que ceux tirés de staphylocoques, bien que Vignerat et Rose considèrent ceux-ci comme positifs. Il y a bien le sérum antistreptococcique de Marmorek, qui a donné lieu à plus de confiance, mais, malgré les nombreux succès auxquels il a présidé, comme les précédents il reste encore sans place définitivement acquise dans la thérapeutique humaine.

L'antisepsie est donc la méthode à laquelle, quoique infidèle aussi, on peut néanmoins avoir recours comme microbicide, les préparations à l'acide phénique seul et mieux en association avec l'aide salicylique, etc., seront mieux tolérées que celles de sublimé et rendront de signalés services.

KYSTES DU SINUS MAXILLAIRE

Par **F.-J. COLLET**

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Lorsque après ouverture du sinus frontal on voit s'écouler un liquide filant, visqueux, transparent, on porte le diagnostic de mucocèle : ici c'est une éventualité déjà rare, mais elle est tout à fait exceptionnelle pour le sinus maxillaire : la ponction ne donne généralement issue qu'à un liquide purulent, et lorsque le liquide retiré est clair, on pense plutôt à un kyste d'origine dentaire. Faut-il donc exclure complètement le diagnostic mucocèle du sinus maxillaire? Est-il possible de le diagnostiquer? Je me suis posé ces questions, à propos de deux cas récents ou j'ai retiré un liquide clair par la ponction diamétrique.

D'après les classiques la mucocèle s'observe à deux âges de la vie : de 16 à 20 ans et de 40 à 50 ans. Elle est caractérisée par un début insidieux et lent, par une sensation progressive de pesanteur, d'engourdissement, d'ailleurs quelquefois absente, plutôt que par une vraie douleur : à sa période de début elle nous montre une tumeur régulière, lisse, sans modification dans l'aspect de la peau, située au-dessous de l'apophyse malaire et s'étendant de là jusqu'aux dents ; dans quelques cas elle va jusqu'au bord de l'arcade zygomatique ; il y a quelquefois un écoulement nasal séreux, visqueux, jaunâtre, transparent, rappelant celui du coryza ; mais il manque souvent, et n'est qu'un indice de rétention incomplète ; l'éclairage par transparence montre généralement de l'obscurité ; la douleur est faible, le plus souvent nulle. Les choses vont ainsi pendant des années (2, 8, 10 ans et plus), aboutissant quelquefois, affirme-t-on, à la rupture de la poche, d'où guérison spontanée, plus souvent à son infection, d'où empyème du sinus maxillaire. Quelle est la pathogénie de cette affection?

Pour les uns il s'agit de kystes muqueux : c'est la dilatation excessive d'une glande à mucus, qui arrive à remplir secon-

dairement le sinus maxillaire ; pour d'autres le mucus est simplement retenu dans la cavité sinusale, soit par suite d'une malformation congénitale de l'orifice, soit par suite d'une déformation acquise (ostéite) ; pour d'autres enfin il s'agit d'un processus inflammatoire, d'une sinusite chronique d'emblée qui ferme l'orifice, d'où rétention complète ou incomplète des produits de sécrétion, accumulation de ceux-ci et distension du sinus ; quelques examens bactériologiques qui ont révélé la présence du pneumocoque viendraient à l'appui de cette conception d'une sinusite par infection microbienne atténuée.

Si la pathogénie est à ce point incertaine, le diagnostic l'est au moins autant, au point qu'on a pu mettre en doute l'existence même de l'affection. Il est à faire avec les kystes par dilatation d'une grande muqueuse (c'est plutôt une question de pathogénie) ; il est à faire surtout avec les kystes d'origine dentaire ayant évolué vers le sinus et l'ayant finalement rempli. D'où proviennent ces kystes ? Chacun sait le rôle attribué ici aux débris épithéliaux paradentaires (Malassez) ; mais les dentistes qui voient beaucoup de cas de ce genre assignent plutôt à ces kystes une origine inflammatoire : ils affirment trouver tous les intermédiaires, entre la minuscule collection purulente appendue à la racine d'une dent, et la collection kystique, transparente, limitée par une membrane histologiquement constatable ; d'autres, sans nier le rôle des débris épithéliaux paradentaires, pensent que leur mise en activité reconnaît pour cause un processus inflammatoire d'origine dentaire. L'analyse chimique peut-elle nous rendre quelques services ? La présence de nombreuses paillettes de cholestérine dans le liquide est considérée comme un des caractères de ces kystes d'origine dentaire ; dans la mucocèle l'abondance du mucus donne au liquide sa consistance filante. (Je rappelle en passant que la consistance excessivement visqueuse du liquide des kystes de l'ovaire est due à une tout autre substance isolée par Schérer et appelée depuis pseudo-mucine). L'analyse de deux liquides que j'ai retirés par la ponction diaméatique, faite par M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a donné des résultats tout à fait dissemblables.

Dans le premier cas, un homme d'une trentaine d'années se présente à ma consultation le 23 mai 1910 avec la joue déformée: le liquide contient de *nombreuses tables de cholestérine*, une grande quantité d'albumine, formée de globuline et de sérine, pas de fibrine, pas d'albumose, quelques globules rouges (sans doute dus à la ponction); il n'y a qu'une faible réaction de la mucine. Le malade était un Tchèque, ne sachant pas un mot de français et travaillant dans un cirque qui a quitté la ville le lendemain: je n'ai donc pu avoir aucun renseignement clinique.

Dans le second cas, une femme de 48 ans est adressée à ma consultation laryngologique de l'Hôtel-Dieu, le 7 décembre 1910, par mon collègue le Dr Villard, chirurgien de cet hôpital, dans le service duquel elle se trouve. Voici l'observation résumée. Elle entre à l'hôpital pour une tuméfaction de la joue droite qui a débuté il y a un an; à cette époque la malade qui avait une mauvaise dentition a souffert des dents en même temps que la moitié droite de la face se tuméfiait. La tuméfaction est demeurée à peu près stationnaire depuis ce moment: il y a quelques lancées, mais peu violentes et la mastication n'est pas gênée. Il y a trois semaines la malade s'est fait arracher une dent et depuis elle crache un liquide jaunâtre, elle ne mouche pas de pus. La joue droite est tuméfiée, le maxillaire supérieur augmenté de volume, la pression du sillon nasogénien douloureuse; la voûte palatine, ogivale, a des dents déjetées et ébranlées; la dernière molaire manque (arrachée il y a trois semaines); la voûte palatine est tuméfiée jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane, le sillon gingivolabial est comblé par la tuméfaction; la palpation donne une sensation de crépitation parcheminée.

Par la ponction diamétrique je retire un liquide transparent, de couleur jaune ambré, de consistance fluide, laissant un dépôt rougeâtre, dont voici l'analyse:

Réaction alcaline.

Pas de fibrine ni de colloïde.

Densité 1026.

Réaction intense de la mucine.

Albumine (sérine et globuline), 54 grammes par litre.

Pas de graisse.

Pas de cholestérine.

Nombreux globules blancs et rouges.

Le lendemain M. Villard pratique une trépanation gingivolabiale du sinus et constate la présence à son intérieur d'une poche-kystique dont il peut réaliser l'ablation complète; tamponnement à la gaze. La malade a voulu quitter le service le 19 décembre, conservant encore un peu de suppuration.

Je crois que dans ce cas il ne peut persister de doute sur l'origine dentaire du kyste (mauvais état de la dentition, crachement d'un liquide d'aspect particulier après avulsion d'une dent malade, constatation d'un kyste dans le sinus par la trépanation), et cependant l'analyse chimique montrait beaucoup de mucine et pas de cholestérine; dans des circonstances cliniques plus confuses, on aurait ainsi été autorisé à porter le diagnostic de mucocèle, et cependant à tort; je ne nie pas la mucocèle du sinus maxillaire, je pense seulement qu'il ne faut pas trop compter sur l'analyse chimique pour faire le diagnostic différentiel avec les kystes du sinus maxillaire et reconnaître leur origine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

IX^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Boston (Août 1912) (1).

I. WALKER WOOD. — **Le traitement post-opératoire après ouverture de la mastoïde.** — Toute opération sur la mastoïde n'est que le commencement d'un traitement dont le but est sinon de sauver la vie du malade, d'améliorer l'audition et d'arrêter l'écoulement. Le traitement post-opératoire contribue en grande partie à obtenir ce résultat et devrait être connu dans tous ses détails de tout otologiste qui entreprend une opération sur la mastoïde. Il faut rendre justice à l'auteur d'avoir tenu compte de ces détails qui constituent le côté original du rapport. Ainsi il déconseille l'emploi de la fraise électrique parce qu'il a remarqué que les cas opérés à la fraise secrètent plus longtemps que les autres, à cause de la fine poussière osseuse dont les corpuscules constituent autant de corps étrangers irritants. Il faut avoir un soin particulier, enlever tout ce qui pourrait former corps étranger, comme débris d'os, filaments de gaze, flocons de cotons. Deux assistants sont nécessaires, l'un pour éponger, l'autre pour enlever le futur corps étranger.

Le traitement post-opératoire diffère moins maintenant chez les différents opérateurs qu'il y a encore une dizaine d'années. C'est probablement pour mémoire seulement que Wood énumère les différentes méthodes: avec ou sans drain, par des pansements humides, par les greffes, etc. Si l'épidermisation ne se fait pas bien, Wood conseille de surveiller l'état général. A part les indications qui en découlent, il conseille aussi l'emploi de l'iodure de calcium à la dose de 25 à 60 centigrammes 3 ou 4 fois par jour, mais à condition de l'employer également localement. L'auteur se propose aussi d'employer l'allantoïne.

Parmi les complications survenant au cours du traitement post-opératoire, l'infection exige d'après Wood un examen bactériologique immédiat et l'administration d'un auto-vaccin préparé avec

(1) Compte rendu résumé par Lautmann d'après le Compte rendu officiel.

le microbe trouvé dans le sang du malade, et s'il en a plusieurs, avec celui qui est le plus abondant. Parmi les complications locales, il faut s'en rappeler une, parfaitement évitable et due à un mauvais pansement, c'est le déplacement du pavillon.

Le rapport de l'auteur est fait d'après 260 opérations radicales et 100 opérations de Heath faites soit par lui, soit par Heath dont il est le collaborateur. Il est intéressant de voir les résultats de ces opérations. On est d'abord frappé du grand nombre d'opérés chez lesquels le traitement post-opératoire a duré un an et davantage, c'est-à-dire desquels la grande majorité peut être considérée comme non guérie. Wood dit que, sous ce rapport, les chances sont d'autant meilleures que la suppuration est plus récente. Quant à l'amélioration de l'audition après l'opération, Wood présente 117 opérés contre 102 chez lesquels l'opération a manifestement empiré l'audition. En règle générale, d'après Wood, une surdité prononcée est généralement améliorée à la suite de l'opération, tandis qu'une surdité légère est au contraire aggravée. Le résultat fonctionnel est d'autant meilleur que le traitement post-opératoire est plus court. Mentionnons enfin que l'opération de Heath est particulièrement destinée à conserver l'audition. C'est à elle que vont les sympathies de Wood.

MACLEOD YEARSLEY. — La prophylaxie de la surdi-mutité. — Le moment est arrivé où la surdi-mutité ne devrait plus constituer une spécialité dans la spécialité, mais intéresser tous les otologistes. L'otologiste a le devoir d'informer l'eugéniste, l'hygiéniste et le législateur des causes de la surdi-mutité. Ce devoir incombe même au simple praticien. Quoique le nombre des cas examinés dépasse 2200 enfants sourds-muets, M. Y. ne veut retenir qu'un millier des cas étudiés plus spécialement par lui. Sur ce nombre à peu près 45 p. 100 sont nés sourds et 55 p. 100 ont acquis leur infirmité. Quant aux enfants nés sourds, on en trouve à peu près autant issus de familles où la surdité est héréditaire que des familles où cette infirmité n'existe sûrement pas dans les branches collatérales, et de familles sur lesquelles on ne peut avoir aucun renseignement. Quant à la consanguinité, il est difficile de lui trouver une vraie influence, parce que les malades observés par Yearsley étaient en grande partie des enfants israélites chez lesquels les mariages entre cousins sont plus fréquents. De même il est difficile d'être renseigné sur l'alcoolisme et la folie des parents comme cause provoquant la surdi-mutité. Parmi les maladies des générateurs, la syphilis est la principale en cause. Les recherches de Yearsley la

laissent entrevoir comme importante ainsi que Castex et Baratoux l'ont fait remarquer depuis longtemps.

Nous savons que toutes les maladies infectieuses peuvent être suivies de surdité complète. D'après leur fréquence Yearsley les range dans l'ordre suivant : rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, grippe, cette dernière avec le faible pourcentage de 0,67 p. 100. Très surprenant est le faible pourcentage de 0,16 p. 100 qu'attribue l'auteur à la méningite cérébro-spinale, probablement parce que cette maladie est rare en Angleterre ou, comme le dit l'auteur, le traitement est très efficace. M. Y. lui-même ne peut pas s'empêcher de mentionner que Hartmann dans une statistique analogue attribue à cette maladie 26,8 p. 100. Exceptionnel aussi nous paraît le faible pourcentage de 0,16 p. 100 attribué par l'auteur aux oreillons. Quant à la tuberculose, Yearsley n'a trouvé que 2 cas seulement, une fois une méningite tuberculeuse guérie, une autre fois une tuberculose de l'oreille moyenne ayant nécessité 16 à 17 grandes interventions, dans lesquels la surdité était attribuable à la tuberculose. Quant à la syphilis congénitale, Yearsley l'a rencontrée sur 39 malades examinés par lui. Ce pourcentage (6 et demi p. 100), dit-il, est très fort et l'auteur espère que tout le monde est de son avis que même plus faible encore il serait un déshonneur pour un pays chrétien.

En dehors des maladies infectieuses le rapporteur accuse les affections primitives de l'oreille, c'est-à-dire la suppuration de l'oreille moyenne, d'être la cause de la surdi-mutité dans un tiers des cas. Une seule et unique fois la surdi-mutité était due à l'otosclérose.

Reste encore un groupe de cas dus à des causes variées, comme commotions du cerveau, brûlures, frayeurs, fulgurations, coups de soleil, etc.

Les conclusions pratiques peuvent théoriquement être très facilement déduites; en pratique il sera déjà plus difficile d'éviter les mariages entre sourds et consanguins, syphilitiques, alcooliques, etc. Néanmoins le rôle du médecin est encore très grand sous ce rapport. Il pourra influencer le législateur pour l'amener à l'adoption d'une mesure contre les mariages « indésirables ». Cette mesure est la stérilisation.

Une bonne mesure prophylactique est encore l'instruction du praticien sur l'influence néfaste qu'exercent les maladies infectieuses sur l'oreille du jeune enfant. Au reste il est à espérer que les maladies infectieuses elles-mêmes deviendront un jour aussi rares que l'est devenue la variole. Quant à la syphilis, la déclaration

obligatoire de cette maladie est indiquée sans crainte d'une opposition hypocrite. Quant aux spécialistes il faut leur rappeler qu'il ne suffit pas d'enlever la plus grande partie des végétations adénoïdes, mais qu'il faut aussi nettoyer les fossettes de Rosenmuller.

BRADY. — Fibrome ou fibro-angiome de l'oreille moyenne. — Trois cas sont rapportés. L'ablation de ces tumeurs a nécessité l'ouverture de l'oreille moyenne. Dans les trois cas l'hémorragie a été très sérieuse. L'auteur compare ces tumeurs au fibrome nasopharyngé. Le diagnostic se fait par examen histologique après ablation. La difficulté d'enlever totalement ces tumeurs par voie naturelle les caractérise cliniquement.

LUC. — L'abcès temporal sous-périosté d'origine otitique sans suppuration osseuse. — Les lecteurs français connaissent cette complication d'otite. Luc a résumé ses différentes publications sur ce sujet.

EDGAR M. HOLMES. — Etude clinique de la pathologie de la trompe d'Eustache. — La pharyngoscopie est en train d'augmenter nos connaissances sur les affections de la trompe d'Eustache. Holmes a inventé un pharyngoscope avec lequel il a examiné près de 2000 malades. Les renseignements qu'il nous donne sur les différentes affections de la trompe d'Eustache nous paraissent très intéressants et appelés à modifier beaucoup le traitement de l'otite moyenne. Ainsi par exemple Holmes nous décrit une salpingite suppurée que encore peu d'entre nous probablement connaissent. De même la simple hypertrophie chronique de la trompe d'Eustache comme cause d'un grand nombre de phénomènes subjectifs, comme par exemple bourdonnements d'oreilles, sensation de plénitude, otalgie, brûlure dans le pharynx, etc., est intéressante à connaître. Holmes nous décrit aussi une salpingite atrophique dont l'influence délétère sur l'oreille nous est bien connue. Quant aux végétations adénoïdes, il est étonnant, dit l'auteur, que ce soit parfois une très petite quantité seulement qui entretienne des troubles graves de l'oreille.

Même après des opérations, habilement faites, des masses d'adénoïdes restent autour de la trompe. C'est la raison pour laquelle l'ablation des adénoïdes ne supprime pas dans tous les cas l'affection auriculaire provoquée par elles. Aussi dangereux que celui des adénoïdes est le voisinage de queues de cornets hypertrophiés. Grâce au naso-pharyngoscope de Holmes, il est facile d'opérer ces queues de cornets sous le contrôle de la vue.

RICHARD LAKE. — Un cas d'oto-sclérose juvénile traité par le radium. — L'observation nous paraît incomplètement reproduite et le résultat thérapeutique obtenu peu net.

CH. A. ADAIR-DIGHTON. — Les relations du naso-pharynx avec les affections de l'oreille. — Il est certain que tous les otologistes ont senti que la rhinoscopie postérieure, même aidée du releveur de la luette, était insuffisante pour l'examen du rhino-pharynx, vu la grande importance qu'offrent ces affections. Ce qui nous a manqué était un bon instrument d'examen. Il paraît que le nasopharyngoscope de Holmes comble cette lacune. En tous cas, l'auteur compare sa valeur à celle de l'ophtalmoscope pour les oculistes. Les renseignements cliniques nouveaux que nous apporte l'auteur concordent avec ceux de Holmes.

G. E. SHAMBAUGH. — Sur la durée de l'irritation des cils de la crête ampullaire comparée à la durée du mouvement de l'endolymphe au point de vue du nystagmus consécutif. — Cette étude théorique a pour but surtout de prouver que l'origine du nystagmus est périphérique, c'est-à-dire qu'on n'a pas besoin d'admettre comme le veut Barany un détour par l'écorce cérébrale pour expliquer le genèse du nystagmus. Pour Shambaugh le nystagmus équivalait à l'irritation des cils : tant dure le mouvement de l'endolymphe, tant dure le nystagmus.

E. B. DENCH. — Contribution à l'étude de l'abcès du cerveau d'origine auriculaire basée sur 22 cas personnels. — Ces 22 cas, quoique rapportés aussi brièvement que possible, ne peuvent pas trouver place ici. Un résumé de ces cas nous montre d'abord que sur 17 abcès de la région temporo-sphénoïdale il n'y a que 4 abcès du cervelet. Généralement on dit que l'abcès du cervelet est plus fréquent que l'abcès du lobe temporal. La voie qu'a prise le pus a été facile à reconnaître la plupart du temps. Le plus souvent (9 cas) c'était par le toit de la caisse. Quant à la durée de la suppuration auriculaire, une différence entre les cas chroniques et les cas aigus ne nous paraît pas possible à faire, quoique Dench croie que dans ses cas l'otite chronique réclame un pourcentage plus grand d'abcès. La symptomatologie ne nous apprend rien de nouveau. Notons qu'au point de vue psychique 3 malades donnaient absolument l'impression d'être atteints de mélancolie. Dans ces 3 cas, l'abcès a évolué très lentement et les malades se savaient

depuis longtemps dans un état grave. Les troubles musculaires (paralysie, convulsions) étaient plus rares. Les renseignements sur le fond de l'œil sont insuffisants ; Dench note seulement que dans un nombre de cas l'examen ophtalmoscopique a été négatif, que dans trois cas il y avait papillite et dans trois autres cas congestion de la papille. La température paraît à Dench un signe important pour le diagnostic de l'abcès du cerveau en ce sens que dans un cas de suppuration de l'oreille moyenne compliquée de maux de tête, une température irrégulière, variant entre 37° (99° Fahrenheit) et 39° (102°), devrait toujours faire songer à l'abcès du cerveau, surtout après une opération. Au contraire un examen cytologique du sang est sous ce rapport moins important. La ponction lombaire n'a été exécutée que 4 fois, ce qui n'est pas suffisant pour permettre des conclusions fermes. Néanmoins Dench croit que, même si le liquide cérébro-spinal est stérile, on n'a pas le droit de conclure à un pronostic favorable. En somme la symptomatologie de l'abcès du cerveau est assez riche pour qu'on puisse, sinon diagnostiquer, du moins supposer l'existence d'un abcès du cerveau, et en effet, sur les 21 cas rapportés, 2 fois seulement l'abcès du cerveau a été trouvé à l'autopsie.

Quant aux résultats du traitement, sur les 17 abcès du lobe temporal, 7 ont guéri, et sur les 4 cas d'abcès du cervelet, un seul a guéri. Le pourcentage est celui à peu près que les grandes statistiques nous donnent aussi. La meilleure façon d'opérer les abcès du cerveau est de suivre le chemin qu'a pris l'infection. Il est important de ne pas ouvrir inutilement l'espace arachnoïdal qui autour de l'abcès se trouve naturellement fermé. Ainsi Ballance, qui a ouvert l'abcès 8 fois à travers les méninges saines, a eu 6 cas de mort, et sur 8 cas où il a fait l'ouverture à travers le toit du tympan, c'est-à-dire en suivant le chemin de l'infection, il n'en a perdu que trois. Malheureusement on ne peut pas toujours suivre la voie de l'infection et le chirurgien sera souvent obligé de faire son exploration à travers les méninges saines.

Dench propose pour ces derniers cas une sorte d'opération en deux temps. On se contenterait d'abord de faire une incision en croix de la dure-mère au-dessus du siège présumé de l'abcès. Entre la dure-mère et la pie-mère on ferait un pansement à la gaze iodoformée. On obtiendrait ainsi non seulement une décompression au-dessus de l'abcès qui permettrait au pus de se rapprocher vers la surface cérébrale, mais on pourrait aussi compter que l'espace arachnoïde serait suffisamment oblitéré dans l'entourage pour ne pas être infecté par la sortie du pus. Malheureusement, dit Dench,

les cas lui manquent pour prouver la valeur de cette proposition.

Le drainage de l'abcès est de la plus haute importance. Sous ce rapport il faut savoir se restreindre et ne pas vouloir vider à tout prix la moindre goutte de pus. On peut à la rigueur introduire le doigt dans les grands abcès pour se rendre compte que l'abcès se vide bien, mais dans les petites cavités il vaut mieux s'en abstenir. Dench laisse le drain généralement 24 à 48 heures avant d'essuyer la cavité de l'abcès avec du coton stérilisé. Le drain est remplacé pour une nouvelle période de 24 à 48 heures. Au bout de 5 à 10 jours la mèche de drainage (car de drains en caoutchouc Dench ne se sert plus depuis longtemps) est supprimée. En terminant, Dench regrette que ses observations ne soient pas plus complètes, que ses résultats ne soient pas meilleurs et les règles données pour le traitement pas plus exactes.

WILKINSON. — L'emploi des vapeurs dans le traitement de l'otite moyenne, du catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'otosclérose. — La méthode du traitement des affections de l'oreille par les vapeurs médicamenteuses est peu en usage. Ceci tient non pas au principe du traitement qui peut être bon, mais au manque d'un appareil permettant aux vapeurs de traverser la sonde d'Itard et la trompe dans une concentration suffisante pour pouvoir exercer une action sur la muqueuse de l'oreille moyenne.

Wilkinson s'est à cet effet construit un pulvérisateur spécial. Malheureusement il ne nous le décrit pas autrement qu'en termes vagues.

CHEATLE. — Examen de 120 os temporaux pour étudier les questions de symétrie chez le sujet sain et chez le malade. — L'auteur ne rapporte pas la description de tous les 120 temporaux qu'il a examinés, mais presque tous les caractères sont indiqués. Nous renvoyons le lecteur au travail original.

BARANY. — Le diagnostic différentiel entre la suppuration du labyrinthe, la labyrinthite séreuse, l'abcès du cervelet et la méningite séreuse de la fosse cérébrale postérieure. — Nous croyons rendre un service aux lecteurs en reproduisant le tableau synoptique permettant le diagnostic de ces différentes affections, établi par Barany. Nous supposons connue la technique de l'examen. Sous la rubrique des mouvements réactionnels, il faut se rappeler que Barany examine généralement le mouvement réac-

Schéma pour le

SYMPTOMES	I SUPPURATION AIGUE DU LABYRINTHE DROIT depuis 24 heures.	II SUPPURATION DU LABYRINTHE DROIT depuis 3 semaines.	III SUPPURATION DU LABYRINTHE DROIT depuis 6 mois (laby- rinite latente).
1. Nystagmus spontané.	→ gauche très fort.	Droite $\leftarrow \rightleftarrows$ gauche, faible des deux côtés.	Droite $\leftarrow \rightleftarrows$ gauche, très faible ou nulle.
2. Nystagmus spontané derrière des verres opaques.	→ gauche plus fort que sans lunettes.	→ Gauche très faible.	⊖
3. Accès de nystagmus provoqués par des mouvements rapides de la tête.	Augmentation du nys- tagmus spontané.	→ Gauche très faible.	⊖
4. Violents accès de vertige, ver- tige continu.	Vertige continu pendant plusieurs jours.	⊖	⊖
5. Mouvements réflexes spontanés du bras, coude, corps, hanche, tête.	Déviation dans toutes les articulations vers la droite.	Pas d'erreur.	⊖
6. Chute spontanée (Rhombert).	Tête droite, chute à droite tête à gau- che, chute en avant; tête à droite, chute en arrière.	Pas de chute.	⊖
7. Épreuve gyrotatoire, nystagmus derrière les verres opaques.	10 × droite augmenta- tion du nystagmus à gauche pour 28°, 10 tours à gauche, nystagmus diminué à gauche ou sup- primé pour 14°.	10 × droite 28° 10 × gauche 14°	10 × droite 28° 10 × gauche 11°
8. Réaction calorique.	Côté droit pas de réac- tion calorique, côté gauche réaction calo- rique normale.	Côté droit ⊖ côté gauche, réaction diminuée.	Côté droit ⊖, côté gau- che souvent forte- ment diminuée.
9. Réaction galvanique.		Quelquefois à droite ⊖, quelquefois existe.	Côté droit ⊖, côté gau- che diminuée.
10. Épreuve de la fistule.	⊖	⊖	⊖
11. Épreuve de l'index.	Seringage de l'oreille gauche à l'eau froide produit une réaction normale.	Réaction diminuée.	Très diminuée des deux côtés, peut même manquer.

diagnostic différentiel.

IV LABYRINTHITE SÉREUSE SANS FISTULE du labyrinthe.	V ABCÈS DU CERVELET A DROITE labyrinthite supprimée latente à droite.	VI ABCÈS DU CERVELET A DROITE Labyrinthe sain.	VII MÉNINGITE SÉREUSE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE postérieure, les deux laby- rinthes sont sains. (Ménin- goencéphalite).
Droite \leftarrow ou \rightarrow gauche ou des deux côtés variant souvent.	Droite \leftarrow ou (fortement) droite \leftarrow et \rightarrow gauche (fortement) ou \rightarrow gau- che fortement	Comme V.	Comme V.
Variab'e.	Peut exister à droite \leftarrow ou \rightarrow à gauche.	Comme V.	Comme V.
Existe souvent.	Existe souvent.	Comme V.	Comme V.
Existe souvent.	Existe souvent.	Comme V.	Comme V.
Correspondant au nystag- mus spontané.	Le bras droit dévié à droite indépendamment du nys- tagmus spontané (avant coudé droit, carpe, etc.)	Comme V.	Comme V.
Correspondant au nystag- mus.	Peut exister, correspondant ou non au nystagmus spontané.	Comme V.	Comme V.
Côté droit, diminuée ou ab- sente, côté gauche, nor- male.	Côté droit \ominus côté gauche normale.	Côtés droit et gauche nor- maux.	Comme VI.
Existe.			
\ominus	\ominus	\ominus	\ominus
Normale.	Si on irrigue à l'eau froide l'oreille gauche, le bras droit montre correctement à droite (pas de réaction) le bras gauche réaction montre à gauche.	Comme V.	Comme V.

SYMPTOMES	I SUPPURATION AIGUE DU LABYRINTHE DROIT depuis 24 heures.	II SUPPURATION DU LABYRINTHE DROIT depuis 3 semaines.	III SUPPURATION DU LABYRINTHE DROIT depuis 6 mois (laby- rinthite latent.).
12. Epreuve de la chute.	Seringage de l'oreille gauche à l'eau froide produit une tendance normale à la chute.	Tendance diminuée à la chute.	Peut manquer ou être très diminuée.
13. Sensation de vertige.	Normale.	Diminuée ou manque.	Manque.
14. Nausées, vomissements.	Existe presque tou- jours.	⊖	⊖
15. Audition.	⊖	⊖	⊖
16. Position au lit.	Du côté sain.	Indifférente.	Comme II.
17. Température.	Normale s'il n'y a pas de complications.	Normale.	Normale.
18. Pouls.	Normal.	Normal.	Comme II.
19. Rigidité de la nuque.	N'existe pas.	N'existe pas.	N'existe pas.
20. Céphalée.	N'existe pas s'il n'y a pas de complica- tions.	N'existe pas.	Comme II.
21. Conscience, sommeil, menta- lité.	Conscience et sommeil normaux, mauvaise humeur.	Normaux.	Comme II.
22. Aspect.	Gravement malade.	Normal.	Comme II.
23. Papille.	Normale.	Normale.	Comme II.
24. Ponction lombaire.	Normale s'il n'y a pas de complications.	Normale.	Comme II.
25. Ataxie.	N'existe pas.	N'existe pas.	Comme II.
26. Adiadokinésie (Babinsky).	N'existe pas.	N'existe pas.	Comme II.
27. Parésie des mouvements asso- ciés des yeux à droite.	N'existe pas.	N'existe pas.	Comme II.

IV LABYRINTHITE SÉREUSE SANS FISTULE du labyrinthe.	V ABCÈS DU CERVELET A DROITE labyrinthite suppurée latente à droite.	VI ABCÈS DU CERVELET A DROITE labyrinthe sain.	VII MÉNINGITE SÉREUSE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE postérieure, les deux laby- rinthes sont sains. (Ménin- goencéphalite).
Normale.	Normale.	Comme V.	Comme V.
Normale.			
Existe presque toujours.	Existe presque toujours.	Comme V.	Comme V.
Peut exister.	0	Peut exister.	Comme VI.
Variable, co respondent au nystagmus spontané.	Si le nystagmus est du côté droit sur le côté malade, s'il est du côté gauche, sur le côté sain.	Comme V.	Comme V.
Normale.	Normale ou au-dessous de de la normale.	Comme V.	Fièvre légère ou normale.
Normal.	Lent.	Comme V.	Comme V.
N'existe pas.	Peut exister.	Comme V.	Peut exister par moments.
N'existe pas.	Forté, principalement devant ou derrière.	Comme V.	Pas très forte, parfois manque tout à fait.
Comme I.	Conscience normale, som- nifère prolongé, mauvaise humeur.	Comme V.	Pas très atteint.
Peut-être comme I.	Gravement malade.	Comme V.	Comme V.
Normale.	Pour la plupart pas cré- matée.	Comme V.	Comme V.
Normale.	La pression peut être aug- mentée, pas de bactéries il peut y avoir des lym- phocytes.	Comme V.	Comme V.
N'existe pas.	Peut exister dans le bras droit.	Comme V.	N'existe pas.
N'existe pas.	Peut exister dans le bras droit.	Comme V.	N'existe pas.
N'existe pas.	Peut exister.	Comme V.	N'existe pas.

tionnel dans l'épaule par l'épreuve de l'index. Si cette épreuve ne réussit pas, il faut rechercher le mouvement réactionnel du coude, du carpe, etc. On verra que Barany ne tient pas grand compte du nystagmus galvanique. Il est bien entendu que ce tableau n'a trait qu'à l'examen de l'appareil vestibulaire dans ses rapports avec les maladies sus-mentionnées et ne constitue qu'une partie du diagnostic clinique.

SOHIER BRYANT. — **L'opération radicale modifiée pour le traitement de l'otorrhée chronique.** — Jusqu'à présent on a commis une faute en réservant systématiquement une même opération aux différents cas d'otorrhée chronique. Bryant considère cette façon de procéder comme absolument contraire au vrai sens chirurgical qui a pour vrai but d'enlever seulement ce qui est malade et de conserver ce qui pourrait encore remplir une fonction. La modification de Bryant, réservée au début pour les cas avec bonne audition et tympan conservé, peut être étendue à tous les cas dans lesquels on peut espérer une régénération du tympan et surtout dans les cas où les osselets sont conservés. Quant à la technique spéciale rapportée très brièvement par l'auteur, elle consiste surtout dans l'ablation de la paroi postérieure du conduit et du mur de la logette et dans l'enlèvement des quelques granulations qu'on pourrait rencontrer dans la caisse et surtout dans l'attique. Bryant considère comme la partie importante la découverte aussi large que possible de la caisse, tout en conservant son contenu anatomique normal. Le traitement post-opératoire par le conduit est aussi simple que possible. Déjà le sixième jour après l'opération tout tamponnement est supprimé. Deux jours après l'opération, on fait le cathétérisme de la caisse, pour éviter des adhérences intra-tympaniques et pour faciliter le drainage. Pour stimuler l'épidermisation Bryant recommande la pommade au rouge écarlate. Guérison en quinze jours. Suit la liste des publications de l'auteur sur le même sujet.

J. A. SPALDING. — **Surdité subite totale et permanente d'une oreille due probablement à une apoplexie du labyrinthe suivie six ans plus tard du même accident de l'autre oreille.** — Le cas est raconté d'une façon très intéressante, quoique au point de vue otologique les renseignements soient un peu incomplets. Il est vrai que l'auteur corrige cette absence en rapportant des notions connues sur l'examen fonctionnel de l'oreille.

URBAN PRITCHARD. — **Démonstration et projections de microphotographies de l'oreille interne.** — Aucune préparation ne se rapporte à l'homme.

SIEBENMANN. — **Démonstration de préparations microscopiques et macroscopiques provenant de malades atteints d'oto-spongiose progressive.** — Le nom est choisi de préférence à celui d'oto-sclérose pour caractériser le processus anatomo-pathologique. Il s'agit d'une affection n'ayant pas de caractère inflammatoire. Le processus, c'est-à-dire la formation du tissu spongieux, ne s'arrête pas ; même dans les foyers les plus anciens on ne voit pas une période de cicatrisation. La formation du tissu spongieux et sa disparition se voient l'une à côté de l'autre.

HERBERT TILLEY. — **Les relations entre les affections de l'oreille, du nez et du pharynx.** — Seul le sentiment d'apporter l'expérience cristallisée d'un travail de 20 ans excuse, dit Herbert Tilley, son courage de parler sur un chapitre si connu. Il a d'abord le courage d'affirmer qu'on opère trop et toujours inutilement dans le nez et le cavum d'un malade atteint d'oto-sclérose. Si on ne promet pas après ces opérations la guérison de la surdité, on assure au malade que ces opérations pourront en arrêter les progrès. Souvent on dit que la surdité a été améliorée après guérison d'une obstruction nasale. Comme il n'a jamais vu un malade sourd avant l'opération nasale et guéri après, H. Tilley garde des doutes. A ce propos il a constaté : 1° dans beaucoup de cas de surdité chronique et progressive il n'existe pas d'obstruction nasale ; 2° vu la fréquence relative d'une obstruction nasale ces genres de surdité sont rares ; 3° s'il existe en même temps surdité et obstruction nasale on voit que l'obstruction nasale est du côté de la bonne oreille ; 4° il peut exister une obstruction nasale depuis des années sans que l'audition en soit troublée. En conséquence Herbert Tilley nie l'obstruction nasale comme cause de la surdité et admet seulement l'état catarrhal. Par contre on ne connaît pas suffisamment les affections du cavum se manifestant par des symptômes auriculaires. Dans 7 cas, Herbert Tilley a vu des tumeurs malignes du naso-pharynx se manifester d'abord par une otite moyenne séreuse. Il s'agissait d'adultes chez lesquels on pouvait entendre des râles humides pendant le cathétérisme et chez lesquels l'audition s'est immédiatement rétablie pour un peu de temps après une paracentèse. Plus tard, à cette surdité unilatérale s'est ajoutée une névralgie de la troisième branche du trijumeau et une immobilité du voile. Ces trois symptômes ont

pu rester les seules manifestations d'un endothéliome de la paroi latérale du pharynx, sans qu'à aucun moment apparaissent des tumeurs dans le cavum.

Herbert Tilley rapporte un cas qu'on ne pourrait qualifier autrement que d'adénoïdite suppurée récidivante, s'étant manifesté uniquement par une otalgie survenant par accès. Herbert Tilley a été le seizième spécialiste consulté et ce n'est qu'à un hasard, le toucher du cavum ayant été exécuté au moment de la douleur, que Tilley a pu faire le diagnostic. Encore deux ou trois autres observations sont rapportées pour montrer que l'examen du nasopharynx fait et par l'œil et par le doigt donnera la clef de quelques troubles mystérieux de l'oreille.

CITELLI. — **Sur la signification pathologique et clinique des polypes de l'oreille.** — L'auteur rapporte la description détaillée de 8 polypes de l'oreille. Les théories de l'auteur sont connues des lecteurs des *Annales*.

BARANY. — **Sur les relations entre les canaux semi-circulaires et les muscles de l'œil. Sur le mécanisme central dans le nystagmus vestibulaire.** — L'auteur donne un court résumé de ses expériences récentes qui pour les oculistes seront très intéressantes en ce sens qu'elles sont destinées à porter un peu de lumière dans les questions compliquées de l'innervation de l'œil.

WENDEYL O. PHILLIPS. — **Sur la méningite.** — Le terme de méningite date de 1803 et a été créé par un médecin militaire, Herpin. Le traitement chirurgical de la méningite a été inauguré par Gröss en 1873 avec l'incision des méninges pour vider le pus. Depuis, le traitement chirurgical de la méningite n'a pas cessé d'occuper les chirurgiens anglais et américains dont Philipps apporte une liste. Pour éviter la mort due à la méningite il faut drainer légèrement la suppuration et combattre l'augmentation de la pression endo-cranienne. Les deux élèves de Philipps, Kopetzky et Haynes, étudient à sa suite les éléments permettant un diagnostic précoce et un traitement rationnel de la méningite.

SAM. I. KOPETZKY. — **Recherches expérimentales sur la nature des réactions tissulaires dans la méningite et leur rapport avec le diagnostic précoce.** — Quand les symptômes cliniques de la méningite sont développés il est généralement trop tard pour sauver les malades par une opération, le seul traitement qui, à part

les cas de méningite cérébro-spinale, entre en ligne de compte. Kopetzky nous rapporte quelques faits qui lui ont permis de diagnostiquer la méningite pour ainsi dire à ses débuts. Le liquide cérébro-spinal normal a une réaction alcaline ou neutre. Dès le début de la méningite cette alcalinité baisse et la réaction devient franchement acide. Cette acidité exerce une action spéciale sur le tissu nerveux qui a surtout comme conséquence une décomposition anormale de la lécithine. On trouve des quantités anormales de choline dans le liquide cérébro-spinal. L'action nocive de la choline s'ajoute à l'action des microbes. La sécrétion du liquide cérébro-spinal augmente ; amène une augmentation de la tension endo-cranienne qui occasionne l'anémie du cerveau et la paralysie du bulbe. Il faut lire dans l'original les renseignements que donne l'auteur sur la recherche des réactions chimiques dont il est question dans son article.

IRVINGS S. HAYNES. — **Le traitement chirurgical de la méningite suppurée par le drainage de la cisterna magna.** — S'appuyant sur les recherches de Kopetzky, Haynes a établi une méthode de traitement dont le but principal est d'éviter l'augmentation de la tension endo-cranienne qui est le facteur essentiel de la mort dans la méningite. Pour obtenir un écoulement constant du liquide cérébro-spinal sans crainte d'un prolapsus du cerveau, aucun endroit n'est aussi propice que celui du grand bec sous-arachnoïdal appelé cisterna magna, situé entre les deux pôles du cervelet et le bulbe. Cet espace se laisse facilement ouvrir et l'auteur nous donne une description détaillée de l'opération. La cisterna magna est en communication directe avec les antres, les sous-arachnoïdiens et surtout, par le trou de Magendie, avec les ventricules. L'auteur a exécuté son opération dans trois cas, et les trois fois avec bon résultat. D'après lui la technique de l'opération est plus facile que tous les autres procédés indiqués jusqu'à présent pour obtenir le drainage du liquide cérébro-spinal.

C. J. HEATH. — **La nature et les causes de ces masses cholestéotomateuses qui se trouvent dans une période précoce de la suppuration auriculaire et de l'importance d'une reconnaissance rapide des conditions favorables à leur formation.** — Nous laissons la parole à Heath. La méthode (de Heath) a tellement facilité l'examen de la caisse et de l'attique que j'ai pu, entre autre choses surtout, constater que le cholestéatome se développe très tôt dans les suppurations auriculaires, quelquefois même sa formation coïn-

cide presque avec la suppuration. J'ai pu enlever au cours d'une opération une masse de cholestéatome déjà 6 jours après la perforation du tympan. La tuméfaction de la muqueuse, occasionnant la rétention partielle de la sécrétion, conduit à la formation du cholestéatome. Je ne peux pas accepter la théorie qui attribue le cholestéatome à l'immigration des cellules épithéliales du conduit à travers la perforation. Cette forme de cholestéatome que je viens de décrire est au point de vue chirurgical la plus importante à connaître parce qu'elle se développe avant que l'audition ne soit détruite. Il est nécessaire d'intervenir par une opération conservatrice sur la mastoïde pour éviter la surdité aussitôt qu'il est établi que le passage de l'air, du son et de la sécrétion est embarrassé.

C. J. HEATH. — **Comment éviter la surdité et la mort dues à la suppuration de l'oreille.** — D'après l'auteur il n'y a pour cela qu'une façon de procéder, c'est d'opérer d'après sa méthode toute otite qui n'a pas une tendance marquée à la guérison. Depuis que les otologistes ont vu opérer Heath et qu'ils ont pu contrôler ses résultats, le nombre de ses adeptes augmente. La différence entre les résultats qu'on obtient si on temporise et si on opère seulement la main forcée est illustrée par Heath dans un parallèle reproduit sur un tableau qui nous montre une énorme mortalité d'un côté et de l'autre une guérison avec rétablissement de la fonction auditive obtenue par ceux (S. Bauer, Percy Jakins, A. Bighton, etc.) qui opèrent d'après Heath. Heath est convaincu que son opération prendra la place qu'occupe actuellement l'opération de Schwartz et remplacera le plus souvent l'opération de Stacke.

BORDEN. — **Sur les affections de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde d'après l'autopsie de 454 cas et l'examen de 2232 cas atteints de diphtérie, scarlatine et rougeole.** — Ces énormes chiffres ne nous apprennent rien de nouveau. Nous savons que le diagnostic des complications auriculaires au cours des maladies éruptives est d'autant plus difficile que l'enfant est plus jeune et plus atteint. Nouvelle est l'idée de l'auteur de ramener toutes les autres localisations (poumon, endocarde, rein) à un point de départ auriculaire.

SYDNEY JANKAUER. — **Sur le traitement conservateur de la suppuration chronique de l'oreille.** — Si les excellents résultats

rapportés par Heath et d'autres pouvaient être obtenus dans la majorité des cas et par la majorité des opérateurs, la méthode de Heath devrait être universellement acceptée, mais les profondes lésions qui s'établissent à la suite d'une suppuration prolongée rendent la possibilité d'un succès de cette méthode illusoire, sinon toujours, au moins dans la plupart des cas. Jankauer a d'autres propositions à faire. Il propose l'occlusion de la trompe d'Eustache par le curettage et la destruction de la muqueuse salpingienne. Cette opération a été décrite par Jankauer en 1910, mais elle ne semble pas avoir trouvé un grand écho parmi les otologistes. Opération et instruments sont décrits dans le *Laryngoscope*, juillet 1912. Pour que l'opération réussisse il faut que les cellules mastoïdiennes et la caisse puissent être bien drainées. Sous ce rapport il faut s'occuper surtout d'enlever des polypes, de détruire des cicatrices qui se trouvent dans la caisse. Il existe surtout de ces cicatrices dans la partie inférieure de la caisse, provenant des restes de la membrane du tympan où elles couvrent la fenêtre ronde. Sans le spéculum de Siegle on les voit difficilement. Audessous de ces cicatrices on trouve parfois une fistule qui conduit dans l'attique. Il faut détruire ces adhérences parce qu'elles entretiennent la suppuration et diminuent l'audition. Parfois on trouve, au lieu d'une adhérence, simplement une tuméfaction de la muqueuse qu'il faut également détruire. Ce traitement conservateur de Jankauer dépasse donc de beaucoup la simple ossiclectomie.

C. A. BALLANCE. — **Greffes comme moyen efficace de la guérison rapide et sûre après ouverture de la mastoïde.** — La technique n'est pas décrite. La courte note est simplement destinée à rappeler les bons effets qu'on obtient par les greffes.

HUDSON MAKUEN. — **Traitement précoce, dans la famille, de la surdité chez l'enfant.** — Un résumé des conseils à donner aux parents d'un enfant sourd. Le meilleur professeur d'un enfant est sa mère.

HOLINGER. — **Les résultats de l'examen de l'oreille par les diapasons.** — L'auteur rapporte les observations de cas d'oto-sclérose, surdité nerveuse, tumeurs du cerveau, reconnus grâce à l'examen fonctionnel de l'oreille.

HENRY O. REIK. — **Ligature et compression de la carotide pour le traitement des bourdonnements intenses de l'oreille.** — Des expériences continuées depuis 1902 ont amené Reik à considérer les bourdonnements de l'oreille comme occasionnés par un trouble de la circulation dans l'oreille tant moyenne qu'interne. Dans les

cas les plus graves les troubles circulatoires peuvent aller jusqu'à la formation des anévrysmes et donner lieu à ce que Reik appelle le bourdonnement pernicieux de l'oreille. Contre ce bourdonnement il ne reste qu'une seule ressource, c'est la ligature de la carotide interne. Cette opération a été exécutée par l'auteur chez une femme de 30 ans. Le résultat a été médiocre. Dix semaines après la première opération la malade a donné son consentement pour se laisser faire la ligature de la carotide commune. Cette fois-ci le résultat a été complet. Dans un deuxième cas concernant une femme de 35 ans, chez laquelle il s'agissait également d'un anévrysmes, la carotide n'a pas été ligaturée. Le professeur Haslsted a imaginé une technique spéciale, décrite dans *Journal of experimental medicine*, lui permettant la compression permanente de l'artère. Un cercle étroit d'aluminium est passé autour de l'artère et lentement comprimé jusqu'à ce que la lumière du vaisseau soit entièrement obturée. Les opérations proposées par Reik ont sur la résection du nerf acoustique le plus grand avantage d'une exécution plus facile. Néanmoins chez les sujets au-dessous de 35 ans la méthode de Halsted est encore préférable à la ligature de l'artère.

F. E. SONDERN. — **Le diagnostic bactériologique dans les otites aiguës et leurs complications.** — La plupart des otites aiguës sont dues au streptocoque, ensuite, viennent le staphylocoque, pneumocoque, streptococcus mucococcus. Il n'est pas possible de faire un pronostic bactériologique. La constatation d'une bactériémie ne prouve pas que le sinus ou le golfe soit infecté. De même, l'absence d'une bactériémie ne permet pas d'exclure une thrombose du sinus.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

(Suite).

Rapport.

A. HAUTANT. — **Les indications et la technique de la trépanation labyrinthique.** — La trépanation du labyrinthe est une opération de date récente, dont les indications et la technique sont encore discutées. Le rapport de Hautant est basé sur 75 observations personnelles, et sur 23 trépanations labyrinthiques, qu'il a faites dans le service de Lermoyez.

La trépanation du labyrinthe est dirigée contre l'infection de l'oreille interne. Poser ces indications, c'est rechercher la ligne de conduite à tenir en présence d'une suppuration labyrinthique.

La chirurgie ne peut pas intervenir sur un labyrinthe qui pure, pour sauver l'audition. Elle ne cherche qu'à prévenir la méningite, complication qui fait toute la gravité des labyrinthites. Si bien que, pour savoir si l'on doit trépaner le labyrinthe, il suffit de se poser la question suivante : cette labyrinthite peut-elle être le point de départ d'une complication endocranienne ?

Voici une première ligne de démarcation : les labyrinthites partielles ne provoquent jamais directement une méningite. La labyrinthite est partielle, quand il est encore possible, par l'une des épreuves semi-circulaire ou acoumétrique, de réveiller l'excitabilité de l'un des deux organes sensoriels, que renferme l'oreille interne. Tant que la labyrinthite reste partielle, elle n'est pas dangereuse, car avant d'envahir l'endocrâne elle doit se transformer en labyrinthite totale. Le danger commence, quand cette étape est franchie. Jusque-là, la trépanation du labyrinthe est contre-indiquée.

Il est plus difficile de préciser les indications opératoires dans les labyrinthites aiguës totales. Le labyrinthe est alors envahi en entier par l'infection et il est complètement paralysé. Il n'y a plus d'étape intermédiaire entre la labyrinthite et la méningite : le premier symptôme nouveau, qui apparaît, est d'ordre endocranien. Aussi, au premier abord, paraît-il préférable de trépaner, préventivement, toutes les labyrinthites aiguës totales. Pourtant, on s'aperçoit vite qu'on fait ainsi un grand nombre d'opérations inutiles, car beaucoup de ces labyrinthites aiguës guérissent spontanément. Peut-être même, un traitement médical bien dirigé (immobilisation absolue, injections de morphine, etc.) a-t-il plus de chances de prévenir la méningite, en favorisant la création d'adhérences protectrices autour du foyer labyrinthique.

En réalité, Hautant pense que l'on peut reconnaître, parmi les labyrinthites aiguës, celles qui ne sont généralement pas la cause de complications endocraniennes, et n'appellent pas la trépanation du labyrinthe, immédiatement. Telles sont les labyrinthites qui succèdent à la blessure opératoire du canal horizontal, celles qui surviennent au cours des otites et des mastoïdites aiguës, les labyrinthites scarlatineuses ou tuberculeuses, enfin toutes celles qui éclatent à la suite d'une otorrhée banale et qui, très rapidement, dès la fin de la première semaine, ne donnent plus lieu à aucun symptôme d'irritation vestibulaire. Ces labyrinthites sont bénignes ; ce ne sont souvent que des labyrinthites séreuses, ou des labyrinthites induites, par œdème collatéral ayant envahi l'oreille interne sans lésion apparente de la capsule. Les labyrinthites de la scarlatine ou de la tuberculose forment parfois des séquestres, mais

elles se cantonnent toujours au rocher et il est très exceptionnel qu'elles envahissent les méninges. Au contraire, quand les labyrinthites aiguës totales présentent pendant longtemps, — au delà de quinze jours, — des symptômes d'irritation vestibulaire, tels que vertiges, troubles de l'équilibre, nystagmus spontané, elles sont dangereuses, et il est nécessaire de les trépaner. Ce sont ces formes subaiguës et trainantes, dont le processus anatomo-pathologique reste en évolution, qui sont le plus souvent le point de départ d'accidents méningés. « L'heure chirurgicale, dans les labyrinthites aiguës totales survenues au cours des otorrhées banales, survient, quand les symptômes réactionnels vestibulaires n'ont pas complètement disparu, au quinzième jour. »

Hautant estime que, dans ces formes aiguës graves, il faut trépaner de suite le labyrinthe, sans attendre l'apparition d'un symptôme méningé. En effet, sa pratique lui a montré : que les accidents méningés sont fréquents dans ces formes; qu'ils surviennent parfois si rapidement qu'une intervention, faite seulement lors de l'apparition du premier symptôme endocranien, est quelquefois incapable d'enrayer les accidents mortels; qu'il est dangereux de faire d'abord l'évidement simple, puis, dans un second temps, la trépanation du labyrinthe.

Les labyrinthites chroniques, qui remontent à plusieurs mois ou à plusieurs années, peuvent être respectées. Car, le plus souvent, le foyer labyrinthique est éteint et cicatrisé. La trépanation du labyrinthe n'est indiquée qu'en cas de persistance des troubles de l'équilibre, ou si l'on trouve une lésion osseuse labyrinthique (séquestres, ostéite du promontoire, paralysie faciale récente).

Quand la labyrinthite est accompagnée d'une manifestation endocranienne, il est urgent d'ouvrir le labyrinthe et de compléter l'opération, en explorant la fosse cérébelleuse, siège habituel des complications labyrinthiques. Il est parfois difficile de reconnaître cette complication, dès sa naissance. On ne sait à quel facteur attribuer la fièvre, la céphalée, les vomissements, le nystagmus spontané, les troubles de l'équilibre : à la labyrinthite ou à une complication de la fosse cérébelleuse ?

Hautant décrit minutieusement les caractères distinctifs qui font admettre l'une ou l'autre hypothèse. Il expose notamment, très en détail, les méthodes nouvelles d'exploration cérébelleuse, proposées par Barany. Elles sont encore trop nouvelles pour être admises sans restriction; elles manquent de base anatomo-pathologique; elles reposent sur des nuances qui sont difficiles à rechercher chez des sujets normaux; elles mettent en lumière, non pas

une lésion cérébelleuse, mais un simple trouble fonctionnel de cet organe qui peut dépendre d'une lésion à distance. Hautant rapporte plusieurs observations qui montrent les renseignements donnés par cette méthode : dans deux cas, il a été ainsi conduit à explorer la fosse cérébelleuse, qui présentait des lésions de méningite séreuse, et l'intervention a fait disparaître les troubles de l'équilibre accusés par les malades.

La technique opératoire varie suivant que la labyrinthite est simple ou compliquée.

La trépanation simple du labyrinthe sera exécutée, à l'intérieur du rocher, suivant le procédé de Hautant, déjà exposé dans la thèse de Rendu (1909) et que l'auteur a décrit complètement dans la 2^e édition du traité de thérapeutique des maladies de l'oreille de Lermoyez et Boulay. Ce procédé se recommande : 1° par son idée directrice, qui est la suivante : ouvrir le vestibule devant la portion verticale du facial, pour drainer cette cavité et la base du limaçon et prévenir la propagation de l'infection par le conduit auditif interne; assurer une contre-ouverture vestibulaire rétro-faciale, au fond d'une tranchée qui sépare cette cavité de la fosse cérébelleuse; inutilité de disséquer tous les canaux et de mettre à nu systématiquement la dure-mère cérébelleuse; 2° par la simplicité de sa technique : l'ouverture antérieure est aisée; la contre-ouverture rétro-faciale est facilitée par la découverte de la boucle du canal horizontal, qui a une situation constante (sur une horizontale qui passe par le pôle postérieur de la fenêtre ovale et à 5 millimètres en arrière de ce pôle), et elle s'exécute en suivant la branche interne du canal horizontal, qui conduit à la face postérieure du vestibule. Cette trépanation simple est sans danger; la blessure du facial est facile à éviter; la mortalité est pour ainsi dire nulle (p. 100).

La trépanation simultanée de la partie postérieure du vestibule et de la fosse cérébelleuse (procédé de Neumann) est indiquée toutes les fois qu'il y a une menace de complication endo-cranienne. On commence par mettre le sinus à nu, le long de sa partie descendante; on résèque la face postérieure de la mastoïde, puis la face postérieure du rocher. On ouvre ainsi la boucle du canal vertical postérieur, puis celle du canal horizontal. A ce moment il est facile d'ouvrir le vestibule, par son extrémité postérieure, et d'explorer la dure-mère dans la région du sac endolymphatique. Quelquefois même la gouge, en glissant sous le coude du facial, parvient à ouvrir le bord postérieur du conduit auditif interne.

Cette trépanation simultanée du vestibule et de la fosse cérébelleuse permet de traiter avec succès les méningites labyrinthiques. Hautant en rapporte trois exemples, et il pense que : « les méningites labyrinthiques, non accompagnés d'abcès du cervelet, guérissent dans la moitié des cas, quand elles sont opérées rapidement et radicalement ». Car beaucoup de ces méningites sont dues à des lésions osseuses, et sont enkystées au début. La trépanation du labyrinthe fait alors découvrir un abcès rétro-labyrinthique, stade de méningite périotique encore trop mal connu et l'évacuation de ce foyer intermédiaire amène la guérison. Ainsi : « quand on intervient contre une complication endocranienne, survenue au cours d'une labyrinthite, il n'y a pas deux voies à explorer, soit de l'antre et face postérieure de la mastoïde, mais trois, la troisième étant représentée par le vestibule avec le conduit auditif interne et la région du sac endo-lymphatique ».

Telles sont les idées générales exposées dans ce rapport. Chemin faisant, l'auteur a passé en revue les épreuves labyrinthiques, les formes des labyrinthites, leur anatomo-pathologie, les indications opératoires et les techniques préconisées par les autres otologistes. Un index bibliographique des travaux parus depuis 1909 (thèse de Rendu) achève ce mémoire.

MOURE. — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le rapport si documenté, si bien exposé de M. Hautant, mais j'avoue devoir faire d'abord quelques restrictions sur les indications de la labyrinthectomie dans les cas aigus.

I. — Il me paraît, en effet, extrêmement difficile d'établir le diagnostic entre une labyrinthite vraie et ce qu'on peut appeler une péri-labyrinthite. Il nous est arrivé, dans la pratique, de nous trouver quelquefois en présence de malades présentant au grand complet les symptômes d'une affection aiguë du labyrinthe : céphalée, vertiges intenses, vomissements incessants, nystagmus spontané bilatéral, etc., etc., le tout accompagné d'une suppuration d'oreilles s'étant installée depuis peu de temps. Dans bien des cas, si l'on attend les événements, au besoin même si l'on pratique l'antrotomie afin de drainer la caisse et arrêter la suppuration qui existe à ce niveau, on voit peu à peu les phénomènes s'amender, la céphalée, les vomissements, puis le vertige cesser peu à peu et le nystagmus lui-même disparaître à la longue. Comme tout le cortège symptomatique pouvant faire supposer que le labyrinthe était réellement atteint par l'infection s'atténue et disparaît, on est en droit de penser qu'il s'est agi d'une simple irritation de la paroi labyrinthique. Intervenir hâtivement dans ces formes aiguës

serait peut-être s'exposer à faire apparaître des accidents plus graves, dont il ne serait plus possible d'être maître par la suite.

II. — Pour ce qui concerne les suppurations chroniques du labyrinthe, je crois bien que la division systématique qui consiste à attaquer cet organe soit par en haut, soit par en bas, soit par devant, soit par derrière, est plus théorique que pratique.

Les altérations labyrinthiques faites par la maladie ne sont pas toujours systématisées, dans un organe aussi complexe que le labyrinthe, et par suite ne peuvent permettre au chirurgien de poser un diagnostic opératoire tellement net et tellement précis qu'il pourra savoir dès le moment où il intervient par quel côté il devra attaquer l'organe malade.

Tantôt une lésion osseuse du canal semi-circulaire externe coïncide avec une altération morbide de même nature de la région cochléaire, tantôt l'affection est localisée; d'autres fois elle est diffuse; bref, il semble qu'un chirurgien prudent doit se borner à suivre pas à pas les lésions où qu'elles soient, en évitant bien entendu de couper les organes importants et surtout le facial, et non pas à faire de parti pris une opération idéale qui pourrait être incomplète ou, au contraire, dépasser les limites de ce qu'elle aurait dû être.

J'estime que dans le labyrinthe, comme dans quelques autres organes, nous devons faire *ce que nous pouvons* et *non pas ce que nous voulons*.

Pour ma part, même lorsqu'il existe une altération nette du labyrinthe, je procède toujours de la façon suivante. Je parle ici de vieilles otorrhées, cela va sans dire :

1^o Évidemment pétro-mastoidien complet, de manière à bien supprimer toutes les lésions de la surface, caisse, antre, etc. qui, généralement, ont précédé les altérations labyrinthiques.

2^o Si le malade ne guérit pas en peu de mois, l'irritation du labyrinthe a le temps de se localiser, en un point de cet organe. Il est alors assez facile d'aller directement sur les parties malades, où qu'elles soient et quelles qu'elles soient, de les nettoyer et curetter comme on le ferait d'un tissu osseux dans une autre région. Ceci fait, il est rare que le malade ne guérisse pas; le fait est possible cependant, mais alors on est toujours à temps de faire une seconde opération plus large que la première.

Cette manière de procéder me paraît être beaucoup plus sage et plus prudente que celle qui consiste à vouloir d'emblée essayer de dépasser le mal et quelquefois même aller plus loin qu'il n'eût été utile de le faire.

Luc pense qu'on a souvent exagéré les interventions sur le labyrinthe et remercie le rapporteur d'avoir précisé les indications opératoires sur cet organe,

TRÉTROP appelle l'attention sur la nécessité d'indication formelle pour ouvrir le labyrinthe. Ouvrir un labyrinthe est une opération facile sur la pièce osseuse, plus difficile sur le vivant qui saigne et dont le sang masque les détails. Il a publié des cas de carie des parois labyrinthiques guéris sans intervention.

ABOULKER a observé des accidents méningés mortels à la suite d'un évidement chez un malade atteint de labyrinthite totale. Il insiste sur le danger de la méningite chez des malades simplement évidés ou trépanés et possédant une labyrinthite circonscrite ne présentant pas les symptômes des labyrinthites en général.

H. ABOULKER et M^{me} DELFAU (Alger). — **Écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien par l'oreille.** — Fillette de 10 ans, mère tuberculeuse. De 2 à 6 ans otorrhée double. Depuis 4 ans au moins guérison de l'otorrhée. Brusquement, en pleine santé, apparition par l'oreille droite d'un flot de liquide clair comme de l'eau de roche qui se répète presque à volonté quand la tête est penchée à droite, environ 200 centimètres cubes tous les jours. En même temps céphalée, vomissements, vertige objectif et subjectif, nystagmus qui s'exagèrent pendant quelques jours sous forme d'une crise violente avec fièvre élevée. Ponction lombaire : liquide normal, guérison spontanée par le repos au lit. Pas de récurrence depuis 2 ans. Les divers examens de l'oreille ont montré une otite cicatricielle double, pas de tympan à droite. A aucun moment on n'a pu voir l'endroit d'où sortait le liquide. Étant donné l'existence de symptômes cliniques d'excitation labyrinthique et les résultats de la recherche des épreuves rotatoire, thermique, galvanique malgré l'absence du signe de la fistule, nous admettons la localisation sur la paroi labyrinthique d'une fissure par l'élimination infime de tissu osseux. L'écoulement de liquide céphalo-rachidien a été quelquefois constaté, mais au cours des otorrhées. Il ne peut être confondu avec l'écoulement de liquide parotidien moins abondant et apparaissant pendant les mouvements de mastication.

H. ABOULKER (Alger). — **Ulcération de la carotide dans le rocher.** — Indigène de 40 ans se présente pour mastoïdite chronique fistulisée avec paralysie faciale. État général médiocre, tuberculose pulmonaire. Évidement pétro-mastoidien classique ; persistance de

la paralysie, pas de tendance à l'épidermisation. Disparaît puis revient au bout de 4 mois pour des hémorragies qui se répètent depuis plusieurs jours et se font par l'oreille. Sang rutilant venant de la partie antéro-inférieure de la cavité. Tamponnement suivi d'hémiplégie gauche. Décès le surlendemain par répétition d'hémorragie.

Autopsie : perforation du plancher de la fosse cérébrale moyenne, 5 centimètres de large, 12 millimètres de long. Sur le plancher, au niveau de la région carotidienne, perforation osseuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Infiltration de tissu mou péripétreux. Au point de vue pathogénique j'admets l'ulcération artérielle commencée par le tubercule et achevée par la pression sanguine. D'après M. Auvray il existe 42 cas connus d'ulcération carotidienne guéris dans la moitié des cas par la ligature. Il s'agit presque toujours de tuberculeux.

F. LAVAL (de Toulouse). — **De la conservation intégrale du conduit dans la cure radicale de l'otorrhée chez l'enfant.** — Actuellement la fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire avec autoplastie du conduit a toutes les faveurs. Ce n'est pas que ce procédé ne présente d'ennuis ; s'il assure l'esthétique et la réparation plus rapide, il nécessite des soins délicats et pénibles pour la surveillance des lambeaux autoplastiques dont la technique est loin d'être simple et commode. Les difficultés des soins post-opératoires sont singulièrement aggravées par l'indocilité habituelle des enfants. Laval préconise donc chez ces derniers l'ouverture temporaire avec conservation intégrale du conduit membraneux. Ce procédé donne entière satisfaction au point de vue de la rapidité de la guérison et de l'esthétique ; il est en outre d'exécution facile, les pansements sont simples, peu douloureux, avantages qui en font la méthode de choix chez l'enfant.

BROECKAERT. — **Moyen pratique et sûr pour empêcher la formation de buée sur les miroirs laryngiens.** — Pour préserver les miroirs laryngiens de la formation de buée, Brœckaert recommande de frotter légèrement leur surface miroitante au moyen d'un produit savonneux spécial qu'on étale à l'aide d'un linge doux : l'haleine, loin de ternir le miroir, le rend plus brillant. Cette propriété peut persister pendant des heures, ce qui facilite singulièrement les examens laryngoscopiques.

BROECKAERT. — **L'air chaud en laryngologie.** — Brœckaert a

modifié l'appareil à air chaud de Mahu de manière à lui permettre l'application de la méthode au traitement de certaines affections du larynx et de la trachée. Il a fait construire chez MM. Gauthier, Tourry une canule ayant la courbure laryngienne; il pratique ainsi ce qu'il appelle la *douche d'air chaud*, dont la température peut atteindre au delà de 100°. D'après le degré de chaleur, cet air sec chauffé produit une action *hyperémiant*e ou une action *destructive* à laquelle s'ajoute même une action *bactéricide*.

Le même appareil, auquel s'adapte un petit flacon de Wulf, permet également de pratiquer, à la température d'environ 87°, la douche d'air chargée de vapeurs médicamenteuses. Cette méthode semble supérieure à celle des instillations et pourra rendre des services réels en laryngologie,

BERTEMÈS (de Charleville). — **Thrombo-phlébite du bulbe de la jugulaire probablement primitive, ouverte dans l'oreille à travers le plancher de la caisse.** — Mastoïdite scarlatineuse. Antrotomie. La fièvre continuant à monter, évidemment et ouverture d'un abcès périsinusien. Frissons, mauvais état général. Troisième opération où furent ouverts le sinus et un deuxième abcès sous-dural; le plancher de la caisse largement perforé conduit dans une cavité sous-tympanique remplie de pus et de caillots sphacelés qui ne peut être que bulbe de la jugulaire. Les soins postopératoires ont duré trois mois, mais la malade a guéri après un nouveau nettoyage de la plaie pour rétablir la cavité opératoire et l'extraction d'un séquestre représentant la partie inférieure du cadre tympanal.

A. DE GYERGYAI (Kolozsvar, Hongrie). — **Nouveau procédé pour dilater la trompe de l'oreille par une voie directe.** — Il arrive souvent qu'une maladie d'oreille ne se guérit pas assez vite par le procédé de Politzer de cathétérisme, ou par l'introduction de bougies. Dans ces cas l'incurabilité ou le retard de la guérison provient de la mauvaise perméabilité de la trompe.

De Gyergyai a fait l'empreinte des parties cartilagineuses de la trompe d'Eustache sur les cadavres de différents âges. D'après ces empreintes il a fait faire des moulages en métal montés sur longues tiges. Les empreintes du côté gauche et du côté droit sont différentes.

On peut introduire facilement sans forcer, dans la trompe, ces gros moulages bien polis, qui correspondent parfaitement à l'intérieur de la trompe dilatée. L'introduction se fait par le procédé

d'examen direct du naso-pharynx et de la trompe d'Eustache, communiqué par De Gyergyai en février 1910, paru en français dans les *Annales des maladies de l'oreille*, page 347, en 1910.

De Gyergyai montre des malades, chez lesquels, après plusieurs mois de traitement par les procédés usuels, on n'avait pu atteindre un assez bon résultat. Après l'application de ses nouveaux dilateurs, il a obtenu des résultats surprenants, parfois après une seule application.

Son procédé de dilatation de la trompe, qui sera probablement employé par des spécialistes, ne veut pas remplacer, mais compléter la méthode de Politzer, le cathétérisme et l'introduction de bougies.

On ne peut pas tirer des conclusions générales de ces cas, mais les résultats font espérer qu'on peut attendre beaucoup de son procédé et qu'un grand nombre de maladies d'oreilles jusqu'à présent inguérissables par les anciens traitements s'amélioreront.

H. LAVRAND (de Lille). — **Le massage phonoidé dans les surdités progressives.** — Au point de vue pratique les surdités se divisent en deux groupes: 1° celles où il existe des altérations des organes de l'oreille, de la trompe, du cavum et des fosses nasales. Evidemment l'otologiste s'occupera de ces troubles et de ces lésions; 2° les surdités qui se sont installées progressivement au dépit de tous les soins les plus éclairés et les plus habiles, ou qui ne se présentent à l'auriste que déjà réalisées et contre lesquelles l'otologie se déclare impuissante.

La thérapeutique inspirée par la conception anatomique pure restant incapable d'apporter un soulagement à la triste situation de ces malheureux sourds, on s'est tourné vers la notion physiologique ou fonctionnelle pour lui demander une explication pathogénique et une méthode thérapeutique pour réveiller cette audition qui s'éteint malgré tous les efforts pour la conserver. De là est née la méthode acoustique sous ses différentes formes; elle réussit souvent à soulager les sourds que rien n'avait pu améliorer jusque-là.

Un fait résumé pour illustrer cette affirmation: Une jeune fille, âgée de 18 ans actuellement, a été soignée pour des otites depuis son enfance. De 1909 à 1913 nous la suivons.

L'oreille droite a recouvré son audition, mais la gauche n'a rien gagné.

27 janvier 1913: Voix chuchotée 0^m,20; voix haute 2 mètres.

6 mars après 16 séances: Voix chuchotée 3 mètres; voix haute 4^m50.

Les vibrations phonoides ont été obtenues avec le kinésiphone

de Maurice : cet appareil agit par les mouvements (vibrations) et par les sons transmis à oreille, l'électricité ne joue ici que le rôle d'un moteur, d'un excitant des vibrations sonores. Avec le kinésiphone on exerce une action méthodique, rythmée, bienfaisante, comparable au massage d'un genou malade, qui produit la guérison de l'articulation alors que la marche n'a pu enrayer la progression de la maladie, quand elle ne l'a pas exagérée.

L'observation des faits nous apprend en somme que le massage phonoïde augmente l'acuité auditive de certains sourds qui n'avaient retiré aucun effet utile des autres médications ; s'il ne guérit pas tous les sourds, il constitue cependant un progrès réel sur la thérapeutique traditionnelle de la surdité progressive attribuée à l'oto-sclérose.

A. RAOULT (de Nancy). — **Résultats éloignés de la rééducation auditive.** — L'auteur rapporte 35 observations dans lesquelles les résultats obtenus par la rééducation auditive ont été contrôlés au bout de six mois au moins, la plupart au bout d'une année et quelques-unes au bout de trois et même quatre ans. Parmi ces 35 observations, 17 sont personnelles, 15 sont dues à M. Zünd-Burguet et 3 empruntée à un travail d'Helsmoortel, d'Anvers. Il serait à désirer que les cas observés à nouveau après un certain laps de temps fussent plus nombreux ; malheureusement beaucoup de malades ne reviennent pas. Dans ces 35 cas, sauf un, toutes les améliorations obtenues se sont maintenues, sauf quelques légères diminutions qui ont disparu après quelques nouvelles séances de rééducation.

Certains malades prétendent, au bout d'un certain temps, entendre aussi mal qu'avant la rééducation, ou tout au moins avoir beaucoup perdu de l'ouïe acquise à nouveau. Si on les examine dans les mêmes conditions que précédemment, on trouve au contraire que l'ouïe s'est maintenue ou même a continué à s'améliorer. Ceci est dû à ce que lorsque le sourd est de retour dans son milieu, ses proches commencent au début par crier comme autrefois pour se faire entendre. Le sourd les entend parler très fort, puis comme il ne fait plus répéter, l'entourage baisse peu à peu de ton, et il semble au sourd qu'il entend moins. L'auteur cite des observations très nettes de ce fait. Il ne faut donc jamais dire que la rééducation n'a produit aucun résultat, si l'examen de l'audition n'a pas été fait dans les mêmes conditions avant et après, et ne jamais s'en remettre à ce sujet uniquement aux appréciations des malades et de leur famille.

L'auteur rapporte des améliorations de l'ouïe qui se sont main-

tenues dans des cas de surdi-mutité, de sclérose de l'oreille chez un syphilitique, et une observation de Zünd Burguet relative à l'assèchement d'une oreille atteinte d'otite suppurée sous l'influence de la rééducation.

Les causes de diminution de l'audition acquise par la rééducation sont la persistance d'une lésion causale naso-pharyngienne (et en particulier l'ozène et la rhino-pharyngite sèche), les troubles gastriques, gastro-intestinaux, les intoxications, les fatigues, les dépressions morales. Il est donc de toute nécessité de soigner ces causes de récurrence et de revenir, s'il est nécessaire, à plusieurs reprises à des séries de séances de rééducation, destinées à contrebalancer leur mauvais effet.

VALENTIN. — Le traitement de certaines surdités par le massage électro-phonoïde lui a donné des résultats intéressants.

EGGER s'associe à cette manière de voir.

JACQUES. — Je suis persuadé que la méthode dite électro-phonoïde a fourni des améliorations de l'ouïe. Je sais, d'autre part, que certains sujets traités en ont éprouvé des résultats qu'ils ont qualifié de déplorables. Je connais deux cas où du bourdonnement permanent, et une fois de très pénibles vertiges ont été la conséquence de séances de rééducation. Tant que des indications précises ne nous auront pas été fournies, je demeurerai dans l'expectative.

ESCAT. — Aux sourds chroniques de ma clientèle chez lesquels j'avais tenté sans succès tous les moyens thérapeutiques utilisés et qui m'ont demandé mon avis sur la valeur de la rééducation auditive, j'ai conseillé d'essayer cette méthode auprès des otologistes qui la pratiquaient.

J'avais fait à tous ces malades la recommandation de vouloir bien venir me faire connaître leur amélioration, s'ils en obtenaient une. Or aucun n'est jamais revenu me faire constater ni guérison ni amélioration.

LUBET-BARBON. — Parmi les nombreux scléreux que j'ai vu pendant ma carrière, je n'en ai vu aucun qui soit revenu me dire qu'il avait été amélioré par la méthode en question. J'ai même envoyé des malades au protagoniste de la méthode et ils n'ont jamais été améliorés.

G. DE PARREL (de Paris). — **Indications et contre-indications de la rééducation auditive.** — Tous les cas de surdité qui n'ont pas pour cause une destruction complète de l'organe de Corti ou des nerfs auditifs peuvent être améliorés par le procédé électro-phonoïde Zünd-Burguet de rééducation auditive, surtout quand le

sujet n'est pas trop âgé, que l'état général est bon et que le labyrinthe est facilement excitable, ce que la paracousie de Willis permet de relever.

On peut espérer un résultat particulièrement favorable dans les hypoacusies récentes ayant pour origine une otite catarrhale subaiguë, dans la sclérose juvénile et dans les labyrinthites au début. Les progrès de l'ouïe sont naturellement moins marqués dans l'otosclérose quand elle est à un stade avancé de son évolution, que l'étrier est ankylosé et que la chaîne des osselets a perdu de son élasticité; néanmoins on observe fréquemment dans ce cas une régression de processus adhésif ou sclérosant et une amélioration très nette de l'audition.

Il ne faut pas demander à la rééducation auditive plus qu'elle ne peut donner; elle ne fait pas de miracles et ne peut ressusciter des labyrinthes frappés de mort fonctionnelle (labyrinthites apoplectiformes, syphilitiques, nécrobiose d'origine méningitique, traumatismes destructeurs de l'oreille interne et du rocher, surdi-muté par anomalie congénitale, centrale ou périphérique).

Pratiquement il y a intérêt à tenter la rééducation auditive quand le sourd entend encore la voix haute au contact du pavillon, d'autant plus que cet essai ne présente aucun inconvénient ni au point de vue local, ni au point de vue général. Si, après un minimum de 15 séances, l'expérimentateur ne constate pas une différence appréciable dans l'audition, il doit renoncer à continuer le traitement; ce serait perdre son temps et celui du malade. De tels succès sont d'ailleurs très rares et 75 p. 100 des sourds auxquels les spécialistes sont appelés à donner leurs soins sont justiciables de ce nouveau procédé thérapeutique qui a marqué un grand pas dans les progrès de l'otologie.

Mossé (Perpignan). — Érythème scarlatiniforme provoqué par l'enfumage iodé. — Quelques jours après avoir trépané un de ses malades âgé de 40 ans pour une mastoïdite de Bezold, l'auteur ayant eu l'idée de remplacer dans les pansements les badigeonnages à la teinture d'iode par l'enfumage iodé, le malade, au milieu de suites jusque-là parfaites, présenta une élévation de température qui atteignit 40 avec langue saburrale et pouls rapide; puis survint un érythème d'abord localisé à la face et aux jointures, généralisé ensuite à tout le corps. La fièvre disparut avec la suppression de l'enfumage iodé; l'érythème fut longtemps avant de s'effacer, et 3 semaines plus tard, alors que la plaie était guérie depuis longtemps, il y avait encore de la desquamation. Ainsi sans le vouloir avait-on

réalisé une scarlatine médicamenteuse, presque expérimentale, dépassant de beaucoup ce qu'on observe dans les cas d'iodisme.

BOURGEOIS et POYET (de Paris). — **Quelques applications de l'électro-coagulation au traitement des affections du nez, du pharynx et du larynx.** — Ces auteurs ont essayé l'électro-coagulation dans le traitement des affections des premières voies, en particulier pour un cancer de l'épiglotte, pour trois tuberculoses laryngées ulcéreuses, pour une tuberculose nasale végétante. Le premier et le dernier malade ont été guéris, deux des ulcérations pharyngées ont été notamment améliorées.

Le troisième malade n'a pu continuer par le fait de l'aggravation de son état pulmonaire. Les auteurs se louent de la qualité de la cicatrice, de l'absence de réaction inflammatoire; mais ils conseillent une grande prudence dans l'application de cette méthode encore toute nouvelle.

LAFITE DUPONT (de Bordeaux). — **Résection sous-muqueuse du cartilage de l'aile du nez dans les cas d'atrésie du vestibule ou d'aspiration des ailes.** — L'atrophie du cartilage de l'aile du nez s'accompagne d'aspiration des ailes du nez. Dans d'autres cas, lorsque le cartilage latéral de l'aile est bien développé, son bord inférieur n'étant plus soutenu par le cartilage de l'aile, vient faire une saillie au niveau du vestibule qui l'atrésie, mais dans certains cas, le cartilage de l'aile étant absent, le bord inférieur du cartilage latéral ne peut plus s'articuler avec lui et son bord peut venir faire une saillie au niveau du vestibule qui l'atrésie.

Si nous étudions la structure de la narine, nous la voyons constituée en dehors par une couche cutanée, en dedans par une autre couche cutanée ou muqueuse doublée chacune d'un tissu cellulaire peu épais et peu serré, dont l'extrémité tient dans son dédoublement les muscles de l'aile du nez. Entre ces deux couches se trouve une couche fibreuse continue allant s'insérer à l'os en haut et en dehors, au niveau de l'orifice pyriforme; en dedans, ces couches se continuent avec celles du côté opposé. C'est dans le dédoublement de cette couche fibreuse formant un double péri-chondre, que se sont développés les cartilages de l'auvent nasal.

Ces cartilages existent en certains points et forment le cartilage latéral, le cartilage de l'aile et les autres cartilages plus ou moins réguliers dans leur présence et leur configuration (cartilages carrés et sésamoïdes). En d'autres points, la couche fibreuse n'est pas dédoublée et reste en cet état en reliant entre eux les cartilages

et, d'autre part, va s'insérer vers l'orifice pyriforme, se continue avec le périoste des os propres et du maxillaire.

Le cartilage latéral par son bord inférieur se trouve en rapports étroits avec le bord supérieur du cartilage de l'aile son conjoint. Cette articulation intercartilagineuse fait que le cartilage de l'aile vient maintenir le bord inférieur du cartilage latéral qui, de ce fait, est incliné de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant. Grâce à cette position l'auvent nasal forme un toit régulier recouvrant la narine.

Dans le cas où le cartilage de l'aile est absent ou insuffisant le cartilage latéral perdant son support naturel peut s'abaisser et, devenant vertical, venir faire saillie au niveau du vestibule en atrésiant l'auvent nasal.

Il se montre alors sous la forme d'une saillie à bords tranchants placée verticalement, presque parallèlement à la cloison et ne laisse entre lui et celle-ci qu'une fente étroite, insuffisante à la respiration. L'aile vient buter sur ce biseau formant anche vibrante en produisant un bruit inspiratoire continu.

Dans le cas où le cartilage latéral est lui-même peu développé en même temps que le cartilage de l'aile du nez, la saillie produite par son bord n'existe plus, toute la narine s'affaisse mollement dans l'inspiration en produisant les phénomènes de l'aspiration des ailes.

En résumé, on peut observer par l'atrophie des cartilages : 1° l'aspiration des ailes du nez, lorsque les cartilages sont tous déficients ; 2° l'atrésie produite par le bord inférieur du cartilage latéral, dans le cas d'atrophie du cartilage de l'aile.

1° Correction chirurgicale de l'aspiration des ailes et du nez. Du côté du vestibule, au niveau de la région qui correspond au pli naso-labial, on fait deux incisions horizontales courbes se regardant par leur concavité et distantes l'une de l'autre de 4 à 6 millimètres suivant les cas.

Cette incision comprend la couche cutanée, le tissu cellulaire et la couche fibreuse, on résèque ainsi une couche lenticulaire comprenant ces différents points, tout en ménageant la couche des vaisseaux et des muscles. La suture faite par deux ou trois points ramène l'aile du nez en haut et un peu en dehors en ouvrant l'auvent nasal. La cicatrisation fixe cette aile dans sa position et la respiration nasale se rétablit.

La même opération se pratique du côté opposé et il faut au moment des sutures relever les deux ailes du nez symétriquement ; la physionomie du sujet est un peu modifiée, mais ne l'est pas d'une façon disgracieuse.

Nous avons pratiqué cette intervention chez une jeune femme au masque rétréci transversalement qui avait, en même temps que l'amaigrissement du nez, une atrophie aspiratoire extrêmement marquée et chez laquelle le résultat opératoire a été excellent, sans que l'esthétique de son visage ait été compromise.

2° Résection du bord inférieur du cartilage latéral. On pratique la résection partielle des bords inférieurs du cartilage latéral par une résection sous-cutanée ou muqueuse. Une incision est faite au niveau de l'aile du nez sur le bord saillant du cartilage latéral à inciser jusqu'à celui-ci et, à l'aide d'une rugine courbe assez tranchante, on détache le périchondre sur chaque face.

Ce temps opératoire est délicat, car le périchondre est très adhérent à la couche cartilagineuse. Lorsque le décollement a atteint 5 ou 6 millimètres suivant les cas, à l'aide de la pince coupante on résèque le cartilage et on fait deux ou trois points de suture pour fermer la plaie.

Nous avons pratiqué cette intervention chez un malade qui présentait des troubles très anciens dus à son atrophie nasale dont l'opération a rétabli une respiration normale.

Dans les deux procédés, les suites opératoires sont très simples, il n'est pas nécessaire de faire de tamponnement après l'opération, il suffit de mettre un peu de pommade antiseptique à l'entrée de la narine.

LAFITE DUPONT (de Bordeaux). — **Redressement de la crête du nez.** — Dans certains cas, le cartilage de la cloison se trouve dévié et va s'insérer sur un des os propres de la ligne médiane.

Le dos du nez subit alors une déviation souvent très disgracieuse. Cette disposition s'accompagne de déviation du reste de la cloison qui nécessite une résection sous-muqueuse.

La déviation du cartilage peut être très accentuée et se produire en S avec saillie du cartilage alternativement dans les deux narines, d'un côté au fond, de l'autre au niveau du vestibule et là, cette saillie peut se voir au niveau de la sous-cloison membraneuse formant une crête très disgracieuse.

La correction de la déviation par une résection sous-muqueuse corrige l'atrophie nasale, mais laisse en place la crête du nez déviée et ne remédie pas à cette déformation.

Pour corriger cette déformation, je vais désinsérer le cartilage de la sous-cloison de son attache à l'os propre et je le fixe en position médiane à l'aide d'une aiguille en or passée verticalement depuis la sous-cloison jusqu'au niveau de la lame perpendiculaire de l'éthmoïde ou des os propres du nez.

A la fin de la résection sous-muqueuse, il persiste un lambeau cartilagineux constituant le dos du nez, mais qui reste adhérent à la partie supérieure à la lame perpendiculaire, car, presque jamais, la déviation ne nécessite l'ablation du cartilage dans des parties aussi élevées.

C'est cette bande de cartilage insérée en haut au niveau de ces os propres qui doit être mobilisée pour être placée sur la ligne médiane. Un instrument constitué par un bistouri mousse à lame légèrement convexe dont le plat est dirigé perpendiculairement à la direction du manche est passé par l'incision de la muqueuse et manié d'arrière en avant. Il permet d'inciser la partie supérieure du cartilage en le libérant des os propres.

Un doigt est mis sur le dos du nez; il surveille la marche de l'instrument qui doit s'arrêter sous la peau après l'incision complète du cartilage. A ce moment le cartilage est libéré et on doit pouvoir le remettre sur la ligne médiane.

Une aiguille en or, légèrement aplatie, est introduite sur la région médiane de la sous-cloison; elle est poussée verticalement en haut, embrochant le cartilage qu'elle vient maintenir sur la ligne médiane, ce que l'on vérifie à la palpation, et vient se fixer par trois petits coups de maillet, soit sur la face inférieure des os propres, soit sur la partie supérieure du cartilage quadrilatère, au niveau de la lame verticale de l'éthmoïde.

Dans le cas où la déviation est en forme d'S, on fait la résection sous-muqueuse du côté de la narine où la saillie est profonde; on obtient encore ici un lambeau cartilagineux quadrilatère dont le bord inférieur est la partie qui est déviée dans le vestibule opposé à l'opération. L'aiguille en or est introduite au niveau de la sous-cloison et après avoir traversé le tissu cellulaire va embrocher la partie déviée du cartilage qu'elle va maintenir en se fixant de la même façon que tout à l'heure dans la partie supérieure après avoir redressé tout le lambeau cartilagineux. Un ou deux petits coups de maillet très légers la fixent en ce point.

On sectionne l'aiguille avec une pince coupante de façon à la laisser dépasser de 1 ou 2 millimètres et on introduit à son extrémité une petite boule de plomb fendue que l'on resserre sur elle afin d'empêcher la pointe d'être piquante.

Le résultat de l'intervention a été excellent tant au point de vue de la respiration que du redressement orthopédique.

La contention se fait sans incident, sans douleur, sans fièvre avec gonflement sensible. L'aiguille peut être enlevée au bout de 40 jours. Elle vient facilement par une traction rapide.

BAR (de Nice). — Un cas d'ostéomyélite du rocher suivi d'hémorragie par ulcération sinusienne et compliqué d'adénite cervicale phlegmoneuse suppurée ; guérison par interventions opératoires diverses.

ÉTIENNE JACOB. — Un oto-aspirateur stérilisable.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de l'Otologie. Seconde partie, de 1850 à 1911, par Adam POLITZER. — Stutgard 1913. F. Enke, éditeur. Un vol. in-8° de 484 pages, avec 29 planches hors texte.

Le monument admirable que Politzer a élevé à la gloire de l'oreille est achevé: le second volume de l'*Histoire de l'Otologie* vient de paraître. Il embrasse une période de soixante ans, depuis le milieu du XIX^e siècle jusqu'à nos jours.

Le plan qu'y a suivi l'auteur diffère beaucoup de la disposition adoptée pour le volume précédent. Dans la préhistoire de l'otologie, ce qui devait surtout nous intéresser, c'était le récit des premiers gestes otiatrques, le hasard des découvertes fondamentales, la répercussion des doctrines médicales sur la vie embryonnaire de notre spécialité. Politzer pouvait donc écrire à la manière des chroniqueurs qui suivent l'ordre des événements, et relatent la succession des hommes et de leurs actes, par ordre chronologique.

Pour exposer le règne de l'otologie contemporaine cette méthode de narration ne convenait guère. Pendant cette période féconde de 1850 à 1911, les travaux se multiplient, les découvertes se pressent, les grands auristes vivent et travaillent simultanément. Dès lors, il fallait faire une synthèse historique; et au récit des faits isolés substituer une série de tableaux synoptiques. C'est ainsi que dans la première moitié de son livre, Politzer nous présente successivement l'évolution des grands processus otiques. Il nous dit comment s'est perfectionnée l'acoumétrie et nous expose les entreprises de la chirurgie sur les suppurations de l'oreille moyenne; il trace un tableau des récentes révélations labyrinthiques; il fait entrer en nosologie l'otosclérose; il montre comment les auristes se sont enhardis pour aborder l'endocrâne et se sont documentés pour comprendre la surdité.

Le précédent volume se lisait d'un seul trait, avec l'intérêt passionnant d'un roman historique. Le volume actuel se consulte comme un dictionnaire. Celui qui veut, je suppose, se documenter sur l'otosclérose ouvrira le livre à la page 171, où il trouvera tout ce qu'il

lui faut pour mettre d'aplomb un travail sur ce sujet; quelques pages d'ensemble lui fourniront un canevas solide; puis une riche bibliographie lui permettra de le couvrir de documents copieux.

La page 201 rendra le même service à celui qui veut faire une thèse originale sur le traumatisme de l'oreille. Et celui à qui sera confié un « rapport » sur l'otite externe se documentera page 87.

Arrivons à la seconde moitié du livre qui forme avec la précédente un curieux contraste. Tout à l'heure, nous possédions le Larousse de l'otologie contemporaine, qui nous procurait le moyen facile de faire étalage d'érudition: maintenant nous avons en main le Bottin des otologistes, grâce à quoi nous disposons de renseignements détaillés, parfois intimes, sur nos contemporains. Pour mener à bien cette difficile documentation, Politzer s'est adjoint de nombreux collaborateurs régionaux, auxquels on doit accorder qu'ils ont eu grand souci de l'exactitude et de l'impartialité. Avec eux il nous fait faire le tour du monde, nous arrêtant dans les villes où l'on enseigne l'otologie, nous présentant tous ceux qui pratiquent notoirement notre spécialité; et sur chacun d'eux, par une notice, dont la précision excuse parfois l'aimable indiscretion, nous sommes renseignés. Rien de plus attirant que de consulter cet annuaire « qui dit tout ». J'y ai appris qu'un de mes amis, lequel coquettement me trompe sur son âge, a dépassé la soixantaine; et vous y surprendrez sans nul doute quelques petits secrets, dont l'exactitude vous étonnera.

Il y aurait de ma part quelque outrecuidance à faire l'éloge d'un livre de Politzer: de tels hommes se sont élevés si haut que ni les louanges ni les blâmes ne peuvent monter jusqu'à eux. Cependant il me sera permis de dire à mon cher et vénéré maître que le couronnement qu'il donne aujourd'hui à ses travaux complète et rend plus admirable encore la grande œuvre de sa vie.

M. LERMOYEZ

ANALYSES

I. — OREILLES

L'épreuve de Schwabach, par TIEFENTHAL (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. LXXXVI, n° 1-2).

Après tant de longues recherches, de nombreuses publications, bien peu subsiste de l'examen fonctionnel de l'oreille que l'on puisse utiliser dans la pratique. Parmi toutes les épreuves, celle qui a encore gardé le plus de valeur est, au moins pour nous, l'épreuve de Schwabach. Sous ce point de vue, il nous sera permis d'insister un peu plus longuement sur le travail de Tiefertal, même au risque de répéter des choses connues. Ceux du reste qui ont fréquenté la clinique du professeur Bloch à Fribourg, reconnaîtront dans ce travail un fidèle résumé des théories de Bloch.

L'épreuve de Schwabach est née à l'occasion d'un travail de contrôle sur la valeur de l'épreuve de Rinne pour le diagnostic des otopathies. Primitivement destinée par Schwabach lui-même à compléter l'épreuve de Rinne, elle a pris un développement tel que dans tous les examens fonctionnels de l'oreille elle a sa place marquée. Sa valeur serait encore plus grande si nous connaissions exactement la façon dont l'organe de Corti est influencé par cette épreuve. La théorie universellement adoptée dit que les ondes sonores sont transmises de l'anneau du tympan sur les osselets et de là sur le labyrinthe. Une autre théorie prétend que la conduction du son est directement transmise par l'os au labyrinthe. Ces deux théories se prêtent l'une mieux que l'autre à l'explication de ce qu'on appelle le Schwabach prolongé. Elles nous paraissent moins aptes à expliquer la mécanique du Schwabach diminué. En effet, toutes les explications que nous rapporte Tiefertal dans sa partie générale tournent autour du Schwabach prolongé.

La valeur toute relative qu'ont toutes les épreuves fonctionnelles a une source principale dans l'intensité différente qu'on donne dans chaque épreuve à la vibration du diapason. Pour l'épreuve de Schwabach, Gradenigo a essayé de remédier à cela, en marquant le diapason de la façon connue avec triangle noir sur fond blanc,

et essayant de fixer la même intensité pour la vibration du diapason d'après un effet optique, toujours le même à obtenir, donc invariable, sur le diapason. Pour qui ne connaît pas le diapason de Gradenigo, cette explication paraît incompréhensible, mais il serait encore plus difficile d'expliquer comment Bloch a essayé de supprimer cet inconvénient, c'est-à-dire de mettre l'expérimentateur en état de mesurer le Schwabach toujours avec un diapason vibrant dans les mêmes conditions.

Quant à la valeur pratique de l'épreuve de Schwabach, il faut tenir compte que même normalement de grandes variations se rencontrent et que dans l'évaluation du Schwabach, il faut faire une grande part à ces variantes. Il faut se rappeler aussi que Wanner a trouvé que chez les aliénés et après traumatismes sur la tête et la pachyméningite, le Schwabach est diminué sans qu'il y ait lésion de l'oreille. Il sera aussi bon que l'expérimentateur prenne l'habitude de rechercher la Schwabach toujours avec le même diapason, par exemple le la¹ comme l'a fait Bezold.

Nous supposons connu ce que veut dire un Schwabach diminué, un Schwabach augmenté, ceci est acquis à la clinique, ce sont des règles. Que devient le Schwabach dans l'ankylose stapédienne? Le fameux trépied de Bezold disait : limite inférieure remontée, Rinne et Schwabach augmenté. Nous savons maintenant que le plus constant de ces symptômes est la perte de l'audition des sons graves. Déjà le Rinne ne reste négatif qu'avec quelques diapasons et enfin pour que le Schwabach puisse être trouvé augmenté, il faut tomber sur des cas tout à fait au début de leur évolution. Plus tard, quand la lésion nerveuse est déjà confirmée, le Schwabach est le plus souvent diminué. A la clinique de Bloch on établit le diagnostic d'ankylose stapédienne surtout par l'épreuve de Gellé.

L'épreuve de Schwabach nous paraît surtout importante pour la constatation de la surdité nerveuse. Le premier symptôme sûr de la surdité nerveuse se manifeste par la diminution du Schwabach. Parmi les observations que rapporte Tiefenthal l'une est particulièrement caractéristique sous ce rapport. Un jeune serrurier ressent depuis 8 semaines des bourdonnements d'oreilles avec surdité à gauche. A l'examen on trouve une audition qu'on peut qualifier d'excellente, puisque la voix chuchotée est entendue à plus de 5 mètres. La limite inférieure est normale. Seule la limite supérieure est abaissée pour l'oreille gauche. Or, chez ce malade existe un Schwabach nettement diminué. Bien entendu la cause de l'affection de l'appareil percepteur est indifférente et il peut aussi bien s'agir

d'hémorragies dans le labyrinthe (maladie de Ménière) que de syphilis et même de tumeur du nerf acoustique.

Pour terminer, étudions encore le Schwabach, dans la surdité complète unilatérale avec autre oreille normale. A priori on se serait attendu à trouver un Schwabach correspondant à l'état de l'autre oreille, c'est-à-dire un Schwabach normal. Or, il n'en est rien et 19 observations de Tiefenthal sont là pour prouver que constamment dans ces cas le Schwabach est diminué et il n'est même pas besoin que la surdité soit absolue, un degré déjà très prononcé de surdité suffit pour donner ce résultat. Cette épreuve peut, le cas échéant, être utilisée pour diagnostiquer la surdité unilatérale, quoique évidemment elle soit loin de le prouver à elle seule.

LAUTMANN.

Sur les ruptures traumatiques du tympan et leur pronostic,
par HEGETSCHWEILER (*Correspondenz Blatt für Schweizer Ärzte*,
n° 48, 1912).

Nous avons trop l'habitude de considérer comme bon le pronostic de la rupture traumatique du tympan, parce que nous ne voyons comme fâcheuse que la suppuration et que nous ne songeons pas que le pouvoir fonctionnel de l'oreille peut être lésé en même temps que se fait la rupture du tympan. Faut-il encore rappeler qu'il est prudent de faire un examen fonctionnel complet, au point de vue de l'audition simplement bien entendu, et de ne plus se contenter de l'otoscopie seule. L'observation suivante servira d'exemple.

Un homme reçoit, trois jours avant l'examen, un coup contre l'oreille gauche. Le tympan montre l'aspect caractéristique de la rupture traumatique du tympan. A une inspection détaillée, on voit la tête de l'étrier et on constate qu'elle n'est plus en contact avec l'enclume. Comme il n'y avait pas de suppuration trois jours après l'accident, le pronostic quant à la guérison de la perforation était favorable. L'examen de l'audition donne pour la bonne oreille une distance de 6 mètres pour la voix chuchotée et seulement 14 centimètres à l'oreille malade. W (la ¹) latéralisé à gauche, R — à gauche, limite inférieure très remontée à gauche (il manque 3 1/2 octaves) et limite supérieure abaissée. A la suite de cet examen fonctionnelle pronostic de l'accident a dû être relativement sombre, car il s'agissait non seulement d'une lésion de la caisse, mais aussi d'une altération de l'appareil récepteur. La luxation des osselets explique ce mauvais résultat de l'examen fonctionnel. A la suite de cette observation, Hegetschweiler en ajoute une autre où, malgré

une légère suppuration, consécutive à une rupture traumatique du tympan, il a posé un pronostic favorable en s'appuyant surtout sur le résultat de l'examen fonctionnel.

LAUTMANN.

Contribution à la bactériologie de l'otite moyenne suppurée aiguë,
par ALBERT (*Archiv. f. Ohrenh.*, t. LXXXV, n° 4).

Nous ne manquons certainement pas de travaux sur la bactériologie de l'otite suppurée. Si les résultats de ces travaux ne concordent pas toujours entre eux, la cause en est en partie aux différentes techniques observées. Albert s'est mis au-dessus de tout reproche en confiant la partie strictement bactériologique à des bactériologistes. De plus dans tous les cas examinés la sécrétion a été puisée non pas dans le pus de l'otorrhée, faute qu'ont commise beaucoup d'expérimentateurs, mais bien dans la sécrétion des cellules mastoïdiennes ouvertes pendant l'opération, 110 cas ont été examinés. Le principal résultat de ces recherches est que dans 99 p. 100 des cas, l'otite était due au streptocoque. Ce chiffre est à peu près celui indiqué par tous les auteurs; seul Leutert a trouvé un pourcentage bien inférieur.

Après le streptocoque pyogène, c'est le streptocoque mucosus ou, comme on l'appelle depuis les travaux de Neumann et de Ruttin, c'est le mucosus qui nous intéresse le plus. Il s'est trouvé présent dans 16 p. 100 des cas. Comme toujours l'otite due au mucosus s'est caractérisée par une allure trainante; n'étaient pas les douleurs, quelquefois très prononcées que présentaient quelques malades, on aurait pu croire que les cas allaient évoluer vers la guérison. L'opération due surtout à la céphalée a généralement permis de constater des lésions très prononcées de l'os. Intéressant est que dans deux cas, l'examen bactériologique a montré qu'il s'est agi d'otites dues à des saprophytes. On connaît l'existence des saprophytes en combinaison avec d'autres microbes. Comme cause unique de l'otite elles sont exceptionnelles.

Ces recherches bactériologiques commencent à perdre de plus en plus leur valeur pratique. On voit qu'on ne peut plus tirer une conclusion pour le pronostic d'après l'individualité du microbe. La gravité qu'aurait, d'après certains auteurs, l'otite à streptocoques s'explique bien plus facilement par le fait que la plupart des otites sont précisément dues aux streptocoques. Peut-être la constatation du mucosus aurait-elle une certaine valeur en ce sens qu'elle indiquerait la nécessité de l'ouverture de la mastoïde. Jusqu'à présent nous n'avons pas encore trouvé cette indication si formellement exprimée.

LAUTMANN.

Les indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës, par ZITOWITSCH (*Archiv f. Ohrenh.*, t. LXXXVI, n° 1-2).

Qu'on ne s'attarde pas à trouver sur une question aussi connue des indications suffisantes pour nous tirer d'embarras dans les cas difficiles. Pour les autres cas, les grandes règles sont posées et il y a peu à y ajouter. Du reste, Zitowitsch n'a pu faire autrement que de reprendre la table d'indications publiée par Myginel en la modifiant dans quelques détails. Le travail de Zitowitsch contient quelques remarques intéressantes ou plutôt quelques points de vue originaux. On pourrait, dit-il, diviser les mastoïdites en deux grands groupes: celles où seule la muqueuse est atteinte, qui guérissent spontanément et ne réclamant jamais d'opération, et celles où il s'agit d'ostéite qui ne peuvent pas guérir spontanément et qui rendent l'opération nécessaire, soit au cours de la maladie même, soit après une accalmie de semaines et de mois, voire même d'années. Si l'on pouvait distinguer ces deux formes de mastoïdite l'une de l'autre, notre procédé thérapeutique se trouverait indiqué de la façon la plus simple. Mais comme dans tout le long travail de Zitowitsch on ne trouve pas comment distinguer ces deux formes la question reste en suspens.

Nous connaissons tous ces formes où la maladie lèche la caisse et mord la mastoïde. Quelquefois on se trouve réellement embarrassé vis-à-vis des malades chez lesquels, pour employer l'expression de Zitowitsch, l'apophyse mastoïde vit de sa propre vie, indépendante de la caisse. Ces malades nous présentent un ensemble de phénomènes qui s'expliquent bien quand après ouverture de la mastoïde on voit les dégâts que nul signe extérieur, ni l'examen du tympan ne laisse prévoir. À peine chez ces malades de vagues anamnétiques mettent-ils sur la voie. Pour ces cas, comme du reste pour toutes les otites, l'inspection du tympan attire, sans raison, dit Zitowitsch, l'attention de l'otologiste. Le tympan dans l'otite est comme la boule luisante de l'hypnotiseur; il faut le regarder le moins possible. Un grand nombre d'observations tant personnelles qu'étrangères sont rapportées par Zitowitsch pour montrer les différentes formes de ces mastoïdites qu'on trouve désignées quelquefois sous le nom de spontanées.

L'évolution de la mastoïdite dépend de la configuration de l'os, du microbe et enfin de l'organisme du malade. Zitowitsch a tort s'il croit que la plupart des auteurs considèrent l'os diploétique comme une condition favorable pour le malade. Au contraire tous

les auteurs partagent son opinion que la pneumatization de l'apophyse mastoïde est une condition relativement favorable en ce sens que le mastoïdite s'accompagne plutôt de phénomènes extériorisés nécessitant l'intervention.

Zitowitsch a également examiné la question au point de vue bactériologique. Pour des raisons faciles à comprendre des recherches analogues devraient être seulement faites par des bactériologistes de profession. Il se trouve que les résultats obtenus par Zitowitsch ne diffèrent pas beaucoup de ce que d'autres recherches nous ont appris, c'est-à-dire la prépondérance du streptocoque sur les autres microbes, l'infériorité du diplocoque, surtout en égard aux inflammations analogues du nez. Il est intéressant de voir que tous les auteurs, les uns après les autres, acceptent les opinions de Ruttin sur l'évolution spéciale des otites quand elles sont dues au streptocoque mucosus. L'otite due au mucosus n'est pas une otite à grande allure, mais son évolution est insidieuse. Le tympan est à peine un peu rouge, les douleurs pas très prononcées, l'apophyse à peine sensible à la pression et avec si peu de symptômes, on voit d'énormes délabrements dans la mastoïde et toute la lyre des complications endo-crâniennes. Ce n'est pas, d'après Zitowitsch, une virulence spéciale qui caractérise le mucosus, mais la longue résistance qu'il oppose à l'organisme qui lui permet d'exercer son travail destructeur et de se développer dans l'organisme.

LAUTMANN.

Les inflammations de l'acoustique. par ZYTOWITSCH (*Archiv f. Ohrenh.*, t. LXXXV, n° 4).

Il n'y a pas longtemps que nous connaissons les affections du nerf acoustique, c'est-à-dire l'affection du rameau cochléaire dont s'occupe surtout Zytowitsch. Nous savons que différentes maladies infectieuses et intoxications, etc. peuvent amener sa lésion ou sa perte. Zytowitsch croit qu'il sera possible de différencier plus tard ces névrites de l'acoustique d'après leur origine.

Il croit que pour le moment la névrite d'origine alcoolique de l'acoustique est seule suffisamment caractérisée. Cette opinion, Zytowitsch doit la partager avec très peu d'otologistes, car non seulement, la névrite alcoolique de l'acoustique est certainement très rare, mais quelques observations publiées ne permettent nullement, malgré l'opinion contraire de Zytowitsch, de caractériser une surdité nerveuse comme étant d'origine alcoolique.

LAUTMANN.

NOUVELLES

Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie
(XXIII^e Congrès annuel, 26-27 juillet 1913).

COMMUNICATIONS

M. ONODI (Budapest). — Thème réservé. — M. VAN CANEGHEM (Bruges). — Panotite nécrotique consécutive à une infection buccale. — M. V. DELSAUX (Bruxelles). — Carie du rocher avec extension à la selle turcique et méningite. — M. L. BECO (Liège). — Fibrome de la logette amygdalienne. — Fibrome du vestibule laryngien. M. BROECKAERT (Gand). — Carcinome adénomateux (endothéliome) du larynx et des poumons. — M. CAPART fils (Bruxelles). — Fistule congénitale du nez. — M. TRÉTROP (Anvers). — Préparation opératoire et hémorragie. — M. BROECKAERT (Gand). — Anesthésie du ganglion de Gasser. Démonstration. — M. DANIS (Bruxelles). — Anesthésie régionale de la tête et du cou. — M. DE STELLA (Gand). — La section rétrograsérienne du trijumeau contre la névralgie faciale. — M. LEDOUX (Bruxelles). — Un cas de syndrome de Schmidt. (Paralysie palato-laryngée associée à un torticolis paralytique.) — M. LABARRE (Bruxelles). — Un cas de paralysie récurrentielle d'Ortner. — M. LEDOUX (Bruxelles). — Paralysie d'origine centrale des deux abducteurs sans paralysie des adducteurs. — M. VANDE CALSEYDE (Bruges). — Lupus sténosant du larynx. — M. CAPART fils (Bruxelles). — Laryngectomisé pour épithélioma guéri depuis neuf ans et demi. — M. BUYS (Bruxelles). — L'odorat chez un laryngectomisé de sept ans. — M. V. DELSAUX (Bruxelles). — Quelques cas de suppuration des cavités annexielles du nez guéris par le traitement endonasal. — M. BUYS (Bruxelles). Un cas de résection du maxillaire avec prothèse immédiate. — M. SCHEPENS (Roulers). — Guérison d'un fibro-sarcome sus-hyoïdien par l'emploi de l'antimérisem de Schmidt. — M. TRÉTROP (Anvers). — Indications de l'évidement péro-mastoidien. — M. VAN CANEGHEM (Bruges). — Quelques images otoscopiques au cours de complications de l'otite moyenne. — M. GALAND fils (Bruxelles). — Les vapeurs iodées en thérapeutique otologique. — Communication préliminaire. — Procédé pratique d'application. — M. LEDOUX (Bruxelles). — Nouveau traitement de l'othématome. — M. MARBAIX (Tournai). — A propos de l'amygdaléctomie. — M. BUYS (Bruxelles). — L'orthoscopie du larynx chez les enfants. — M. L. BECO (Liège). — Deux causes rares de sténose nasale ; l'hypertrophie diffuse des maxillaires supérieurs et l'inclusion d'une canine. — M. LEDOUX (Bruxelles). — Accidents convulsifs graves sans lésions corticales au cours d'une sinusite frontale. — MM. LEDOUX ET PARMENTIER (Bruxelles). — Traitement de la tuberculose laryngée. — M. BAR (Nice). — Considérations relatives au traitement galvano-caustique de la tuberculose du larynx. — E. BROECKAERT (Gand). — Du traitement des affections des voies respiratoires par la douche à air chaud chargé ou non de vapeurs médicamenteuses. — M. BARANY (Vienne). — Thème réservé. — M. BUYS (Bruxelles) — Contribution à

l'étude du fonctionnement des centres du nystagmus. — M. COPPEZ fils (Bruxelles). — Sur les rapports qui existent entre le nystagmus vestibulaire et les autres variétés de nystagmus. — M. BUYS (Bruxelles). — Forme spéciale de nystagmus par mouvements brusques de la tête. — M. HEYNINX (Bruxelles). — L'épreuve de la marche aveugle aller et retour. — M. ESCAT (Toulouse). — Inégalité de la sensibilité auditive pour la série continue des tons. Courbe de l'audibilité physiologique. — M. V. DELSAUX (Bruxelles). — La malaria et l'oreille.

XVII^e Congrès international de Médecine (Londres, du 6 au 12 août 1913).

SECTION XV. — RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE.

Président : Professeur SIR SAINT-CLAIR THOMSON.

Secrétaires : MM. W. D. HARMER. A. BROWN. KELLY DAN MACKENZIE.

Jeudi 7 août. — Progrès récent des méthodes endoscopiques appliquées à la trachée, aux bronches, à l'œsophage et à l'estomac. Rapporteurs : Professeur CHEVALIER JACKSON (Pittsburg, États-Unis), Professeur G. KILLIAN (Berlin).

Vendredi 8 août. — Les méthodes et les résultats du traitement des maladies de la gorge, du nez et de l'oreille par le salvarsan et les autres composés arsenicaux. (Conjointement avec la Section XVI. Le Président de la section de Laryngologie présidera.) Rapporteurs : D^r ANDRÉ CASTEX (Paris), Professeur D^r P. GERBER (Königsberg).

Samedi 9 août. — Indications opératoires de la tonsillectomie et de la tonsillectomie, et leurs valeurs relatives. Rapporteurs : Professeur D^r H. BURGER (Amsterdam), D^r J. L. GOODALE (Boston).

Lundi 11 août. — Le traitement spécial de la gorge, du nez, et de l'oreille pendant la période aiguë de certaines fièvres infectieuses ; c'est-à-dire la scarlatine, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la grippe, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la petite vérole, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale et l'érysipèle (excepté la diphtérie). (Conjointement avec la Section XVI. Le Président de la Section d'Otologie présidera.) Rapporteurs : D^r VICTOR DELSAUX (Bruxelles), D^r E. W. GOODALL (Londres).

Mardi 12 août. — La pathologie et le traitement des néoplasmes malins du nez et du naso-pharynx (fibrome excepté). Rapporteurs : Professeur CAV. G. FERRERI (Rome), D^r H. MARSHIK (Vienne).

Communications libres.

Cinquante-quatre cas de corps étrangers de l'œsophage, la trachée et les bronches. E. BOTELLA (Madrid). — Quelle est la meilleure méthode d'extirpation totale du larynx ? D^r R. BOTEV (Barcelone). — Sujet réservé. D^r BOURGEOIS (Paris). — a) La pituitine dans les hémorragies opératoires et spontanées des voies respiratoires ; b) Sur une méthode très utile pour guérir l'aphonie hystérique. D^r S. CITELLI (Catane). — Quelques réflexions sur l'anatomie comparée du sinus maxillaire et ses relations avec les dents et le canal alimentaire. D^r M. H. CAYER (Philadelphie). — Contribution à l'étude des rapports

bactériologiques et histologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. Dr L. DEWATRIPONT (Bruxelles). — De certain progrès dans la thérapeutique des affections de l'œsophage, de la trachée et des bronches, en particulier de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Dr J. GUISEZ (Paris). — L'examen direct du naso-pharynx et de la trompe d'Eustache. Dr A. GYERGYAI (Kolozsvar). — L'usage du radium dans le traitement des papillomes du larynx. Dr T. J. HARRIS (New-York). — Le traitement chirurgical des affections du corps pituitaire par voie nasale. Dr O. HIRSCH (Vienne). — Anatomie des muscles du nez. Dr R. HOFFMANN (Dresde). — Les nouvelles méthodes de plastique nasale Dr F. KOCH. (Berlin). — La pathologie des différentes inflammations aiguës de la gorge et du cou, y compris l'œdème aigu, le phlegmon et l'érysipèle du pharynx et du larynx ainsi que l'angine Ludwig, mais à l'exception de la diphtérie. Dr A. KUTTNER (Berlin) P. DE SANTI (Londres). — Sujet réservé. Dr G. LAURENS (Paris). — Sinusite fronto-ethmoïdale chronique. Analyse de 100 cas avec remarques sur une nouvelle méthode de technique. Dr W. MILLIGAN (Manchester). — Le développement du nerf olfactif chez les vertébrés. Drs W. MILLIGAN (Manchester), E. C. CAMERON (Londres). — a) Que deviennent les sinus opérés? b) Considérations cliniques sur le traitement des sinusites maxillaires. Professeur E. J. MOURE (Bordeaux). — Réflexions sur une nomenclature détaillée plus compréhensive des nerfs du nez, étant plus en rapport avec les exigences de la rhinologie moderne. Dr L. H. PEGLER (Londres). — Dacryocystostomie moderne. Dr L. POLYAK (Budapest). — État actuel de la laryngostomie. Dr A. SARGNON (Lyon). — De l'injection d'alcool dans le ganglion de Gasser à travers le trou ovale. Injection dans le trou grand rond. Dr D. N. TAPTAS (Constantinople). — Tuberculose laryngée et bactériothérapie avec quelques remarques de réactions locales. Dr E. TOVOLGYI (Budapest). — Les infections par voie nasale. Dr TRÉTHOR (Anvers). — Traitement des maladies du nez et de la gorge par la thérapeutique d'inoculation à l'exclusion de la tuberculine et l'antitoxine diphtérique. Drs D. HARMER (Londres), LOGAN TURNER (Edimbourg). — Carcinome rétro-cricoïdien, Dr W. TROTTER (Londres), E. B. WAGGETT (Londres). — Hyperplasie chronique du maxillaire supérieur. Dr F. H. WESTMACOTT (Manchester). — Recherches expérimentales sur le mécanisme des complications intracrâniennes et cérébrales des inflammations du sinus frontal. Dr H. ZWILLINGER (Budapest).

SECTION XVI. — OTOLOGIE.

Président : M. ARTHUR CHEATLE.

Secrétaires : MM. J. S. FRASER, G. J. JENKINS, SYDNEY SCOTT.

Mercredi 6 août. — L'anatomie chirurgicale de la mastoïde. Rapporteur : Professeur MOURET (Montpellier).

Jeudi 7 août. — La pathologie de la surdi-mutité. Rapporteurs : GMR. Professeur Dr ALFRED DENKER (Halle s/S.); Professeur Dr HOLGER MYGIND (Copenhague). Démonstration du professeur Dr SIEBENMANN (Bâle).

Vendredi 8 août. — Les méthodes et les résultats du traitement des

maladies de la gorge, du nez et de l'oreille par le salvarsan et les autres composés arsenicaux. (Conjointement avec la Section XV. — Le président de la Section de Laryngologie présidera.) Rapporteurs : D^r ANDRÉ CASTEX (Paris), Professeur D^r GERBER (Königsberg).

Samedi 9 août. — Le traitement des maladies non suppurées du labyrinthe. Rapporteurs : Professeur D^r GUSTAV ALEXANDER (Vienne), Professeur D^r KARL V. EICKEN (Giessen).

Lundi 11 août. — Le traitement spécial de la gorge, du nez et de l'oreille pendant la période aiguë de certaines fièvres infectieuses, c'est-à-dire la scarlatine, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la grippe, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la petite vérole, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, l'érysipèle (excepté la diphthérie). (Conjointement avec la Section XV. Le Président de la Section d'Otologie présidera.) Rapporteurs : D^r VICTOR DELSAUX (Bruxelles), D^r E. W. GOODALL (Londres).

Mardi 12 août. — L'influence du climat et de la profession sur les maladies de l'oreille. Rapporteurs : D^r CLARENCE J. BLAKE (Boston, États-Unis), Professeur GIUSEPPE GRADENIGO (Turin).

Communications libres.

Suture secondaire après l'opération de la mastoïde. Professeur MYRIND (Copenhague). — Résultats opératoires et fonctionnels éloignés de l'évidement pétro-mastoïdien. D^r GEORGES LAURENS (Paris). — Deux cas de suppression soudaine de la fonction labyrinthique à l'épreuve calorique avec recherches opératoires. D^r DENCH (New-York). — Conduite des plaies mastoïdiennes. D^r SCHIER BRYANT (New-York). — Oto-sclérose (démonstration avec appareil à projection). Professeur GUSTAV BRUHL (Berlin). — Oto-sclérose. D^r ALBERT. GRAY (Glasgow). — Sur le caractère fonctionnel de la membrane tectoriaie. D^r HARDESTY (Louisiana, États-Unis). — Mécanisme des mouvements oculaires provoqués par le labyrinthe et ses réflexes pathologiques. Professeur MARTIN BARTELS (Strasbourg). — Considérations sur des symptômes complexes que j'ai décrits. D^r ROBERT BARANY (Vienne). — Oto-sclérose ; recherches cliniques et expérimentales. D^r MILLIGAN (Manchester). — Nouvelle méthode pour la dilatation directe de la trompe d'Eustache. D^r A. GYERGYAI (Koložvar, Hongrie). — La trépanation du labyrinthe pour vertiges et bourdonnements. D^r RICARDO BOTET (Barcelone). — La trompe d'Eustache dans la santé et pendant la maladie. D^r J. W. WOOD (Hampstead). — Mécanisme du nystagmus labyrinthique et ses modifications par les lésions du cerveau et du cervelet (recherches expérimentales). D^{rs} J. GORDON WILSON (Chicago), F. H. PIKE (New-York). — Le drainage pharyngien des abcès otogènes. Professeur P. JACQUES (Nancy). — L'évidement de la mastoïde par la fraise à butée automatique. D^r MALHERBE (Paris). — Troubles réflexes d'origine auriculaire. Note sur la technique des pansements mastoïdiens. D^r N. MIGNON (Nice). — Développement du labyrinthe. D^r G. L. STREETER (Michigan). — Prévention des suppurations du labyrinthe, de l'acoumétrie millimétrique. D^r TRÉTRÔP (Anvers). — Les maladies de l'oreille interne. D^r E. VALI (Budapest).

Démonstrations. — Professeur G. ALEXANDER (Vienne), D^r MILNES DICKIE (Édimbourg), M. J. S. FRASER, Professeur G. BRUHL (Berlin),

Professeur KUMMEL (Heidelberg), Professeur P. MANASSE (Strasbourg),
 Professeur H. NEUMANN (Vienne), Professeur URBAN PRITCHARD (Londres),
 Professeur SCHEIDE (Erlangen), Professeur A. SCHOENEMANN (Berne),
 Professeur F. SIEBENMANN (Bâle), Dr W. WINGRAVE (Londres).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

ROBERT LEROUX : *Memento* pour les maladies du nez, des oreilles et de la gorge : Boulangé, Paris, 1913.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : LABORATOIRES DUMOUTHIER

PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E
PARIS
GUY.
S. M.
CHES.